

UNIVERSIDAD DE PANAMA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE COCLE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA CON ÉNFASIS EN
EPIDEMIOLOGÍA

PREVALENCIA DE LA DIABETES MELLITUS, HIPERTENSION
ARTERIAL Y ALGUNOS FACTORES DE RIESGO EN EL
DESARROLLO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN
LA POBLACION DE 18 Y MAS AÑOS DE EDAD, DEL
CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE
COCLE, AÑO 2009

ELABORADO POR
LIC SARA MEDINA 9- 713- 381

Para optar por el título de Maestria en Salud Publica con Enfasis
en Epidemiologia

PANAMA

AÑO 2009

16 AUG 2010

FORMULARIO DE INSCRIPCION
UNIVERSIDAD DE PANAMA
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCION
PROGRAMA DE MAESTRIA EN SALUD PUBLICA CON ÉNFASIS EN
EPIDEMIOLOGIA
FACULTAD DE MEDICINA

Nº DE CÓDIGO 327 15 252 03 09-41

NOMBRE DEL ESTUDIANTE Sara Yarisel Medina Alain

CEDULA 9-713 381

TÍTULO AL QUE ASPIRA Maestria en Salud Publica con Énfasis en Epidemiologia

TEMA DE LA TESIS Prevalencia de la diabetes mellitus, hipertensión arterial y algunos factores de riesgo en el desarrollo de Enfermedades No transmisibles, en la población de 18 y mas años de edad del Corregimiento de Aguadulce Cabecera, Provincia de Coclé, año 2009

RESUMEN EJECUTIVO Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y de discapacidad a nivel mundial realidad de la que Panamá no escapa. El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de la diabetes mellitus la hipertensión arterial y algunos factores de riesgo que afectan el desarrollo de enfermedades no transmisibles en la población de 18 años y más del Corregimiento de Aguadulce Provincia de Coclé. Además pretende identificar factores de riesgo relacionados a enfermedades no transmisibles que ayuden a los servicios de salud a planificar y determinar prioridades de salud pública que disminuyan la carga de la morbilidad causada por estas enfermedades. El estudio es descriptivo de prevalencia la recolección

Atestado del Autor

2995

de los datos se realizará por medio de una encuesta tipo cuestionario proporcionado por la OMS para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles que ha sido adaptado al estudio se aplicará en la población de 18 años y más del Corregimiento de Aguadulce a una muestra de 358 personas El muestreo es multietapico primeramente se seleccionaron los conglomerados que serán las viviendas del Corregimiento de Aguadulce por barriadas La siguiente etapa es la estratificación de la población 18 años y mas por afijación proporcional y la última etapa es un muestreo al azar Para el análisis de la información se utilizó el programa Epi Info 3.5.1

NOMBRE DEL ASESOR Dr. Washington Lum

FIRMA DEL ASESOR _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE _____

APROBADO POR _____

COORDINADOR DEL PROGRAMA

DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORIA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO

FECHA 20 de abril del 2009

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios que es la vida la luz y la fuerza que guía mi camino y que siempre me ha acompañado y nunca me ha abandonado

A mis padres Adonay y Salome quienes me dieron vida y son la fuente de inspiración en todas mis metas trazadas

Mis hermanos Anabel y Adonai a mi sobrino Alavarito a todos mis familiares que siempre han estado a mi lado

Mi esposo Jose Ivan quien en toda mi carrera me apoyo y me dedico parte de su tiempo dandome animo para seguir adelante

Al Dr Washington Lum quien me guio en todo momento en la realización de este trabajo gracias por brindarme sus conocimientos su paciencia y su tiempo

INDICE GENERAL

	Pagina
PORTADA	I
HOJA DE APROBACIÓN	II
DEDICATORIA	IV
INDICE GENERAL	V
INDICE DE CUADROS	VIII
INDICE DE GRÁFICAS	XI
INDICE DE FIGURAS	XV
RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL	5
1 1 Planteamiento del problema	6
1 2 Justificacion y uso de los resultados	9
1 3 Objetivos del estudio	11
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	12
2 1 Definicion de Enfermedades No Transmisibles	13
2 2 Características de las ENT	13
2 3 Definicion de Factores de Riesgo de ENT	17
2 4 Factores de riesgo biológicos no modificables	20
2 4 1 Edad	20

	Pagina
2 4 2 Antecedentes Familiares	21
2 5 Factores de riesgo biológicos modificables	22
2 5 1 Hipertensión Arterial	22
2 5 2 Diabetes mellitus (DM)	24
2 6 Factores de riesgo Conductuales	27
2 6 1 Tabaquismo	27
2 6 2 Consumo de Alcohol	32
2 6 3 Escaso Consumo de Frutas y Vegetales	34
2 6 4 Sedentarismo	36
CAPITULO III DISEÑO METODOLOGÍCO	39
3 1 Area de Estudio	40
3 2 Tipo de Investigacion	42
3 3 Muestra	42
3 4 Criterios de selección de los sujetos de estudio	49
3 5 Variables del estudio	50
3 6 Recoleccion de datos	52
3 7 Descripción del instrumento de captura de datos	53
3 8 Plan de analisis	54
CAPITULO IV ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	55
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	85

BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXOS	89

INDICE DE CUADROS

CUADRO	TITULO	PAGINA
I	POBLACION TOTAL POR SEXO Y LUGAR POBLADO DE 18 AÑOS Y MAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE POR POBLADO AÑO 2000	40
II	POBLACION DE 18 Y MAS AÑOS DE EDAD SEGUN PRESENCIA DE DIABETES DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	58
III	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD SEGUN PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE ANO 2009	59
IV	EDAD DE INICIO EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSUMEN ALCOHOL DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE ANO 2009	65

V	EDAD DE INICIO EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSUMEN TABACO DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	68
VI	RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE DIABETES Y LA PRESENCIA O NO DE ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	75
VII	RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE HIPERTENSIÓN Y LA PRESENCIA O NO DE LA ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	76
VIII	RELACIÓN ENTRE EL FACTOR DE RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y LA PRESENCIA O NO DE HIPERTENSIÓN EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	77

IX	RELACIÓN ENTRE EL FACTOR DE RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y LA PRESENCIA O NO DE DIABETES EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	78
X	RELACIÓN ENTRE EL HÁBITO DE FUMAR Y LA PRESENCIA O NO DE DIABETES EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	79
XI	RELACIÓN ENTRE EL HÁBITO DE FUMAR Y LA PRESENCIA O NO DE HIPERTENSIÓN EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	80
XII	RELACIÓN ENTRE SEDENTARISMO Y LA PRESENCIA O NO DE DIABETES EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	81

INDICE DE GRAFICAS

GRAFICA	TÍTULO	PÁGINA
1	DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009	56
2	DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	57
3	PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PADECEN DIABETES POR SEXO DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009	58
4	PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PADECEN HIPERTENSION POR SEXO DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	60

5	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD PADECEN HIPERTENSIÓN POR GRUPO DE EDAD ESPECÍFICO DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE ANO 2009	61
6	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS ANOS DE EDAD DIABETICAS QUE EN ESTOS MOMENTOS ESTA HACIENDO ALGUN PROGRAMA O TRATAMIENTO INDICADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD PARA CONTROLAR SU DIABETES DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ ANO 2009	62
7	POBLACIÓN DE 18 Y MAS AÑOS DE EDAD HIPERTENSAS QUE EN ESTOS MOMENTOS ESTA HACIENDO ALGUN PROGRAMA O TRATAMIENTO INDICADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD PARA CONTROLAR SU HIPERTENSIÓN EN EL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ ANO 2009	63

8	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE ACTUALMENTE CONSUMEN ALCOHOL DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009	64
9	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE HAN FUMADO POR LO MENOS 100 CIGARRILLOS EN TODA SU VIDA CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	66
10	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE ACTUALMENTE FUMAN CIGARRILLOS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	67
11	POBLACIÓN DE 18 Y MAS AÑOS DE EDAD QUE EN LOS ULTIMOS 12 MESES ALGUN PROFESIONAL DE LA SALUD LE ACONSEJADO SOBRE LOS EFECTOS DEL CIGARRILLO EN LA SALUD DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	69

12	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONOCEN SI EXISTEN REGULACIONES PARA FUMAR EN LUGARES PUBLICOS Y COMO SE CUMPLEN ESAS REGULACIONES DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	70
13	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE OPINAN QUE FUMAR PUEDE DAÑAR SU SALUD DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	71
14	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMEN FRUTAS POR SEMANA DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	72
15	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMEN VEGETALES POR SEMANA, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	73
16	POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009	74

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURAS	TÍTULO	PÁGINA
1	FACTORES DETERMINANTES CLAVE DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS	19
2	CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, POR MANZANAS PROVINCIA DE COCLÉ	44
3	BARRIADAS SELECCIONADAS PARA LA APLICACIÓN DE LA ENCUESTA POR MANZANAS	48

RESUMEN

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y de discapacidad a nivel mundial. La realidad de la que Panamá no escapa. El estudio es descriptivo de prevalencia. La recolección de los datos se realizó por medio de una encuesta tipo cuestionario proporcionado por la OMS para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles que ha sido adaptado al estudio. Se aplicó en la población de 18 y más años de edad del Corregimiento de Aguadulce Cabecera a una muestra de 358 personas en un lapso de 5 días del 21 al 26 de abril del 2009 hasta completar la cuota de cada conglomerado. El muestreo fue multietápico. Los datos se digitaron en el programa Epi info 3.5.1. Entre los resultados obtenidos tenemos que la prevalencia de la Diabetes en las personas encuestadas en el Corregimiento de Aguadulce Cabecera es del 20% y la prevalencia de la Hipertensión es del 27%. El factor de riesgo del alcoholismo con un 62% y el factor de riesgo conductual del tabaquismo con 19%. El 62% de las personas encuestadas consumen vegetales de 2 a 5 veces por semana. Además el 57% de las personas que participaron en el estudio realizan actividad física. Es de vital importancia obtener información sobre cuáles son los factores de riesgo que afectan a la población. De esta manera se podrá modificar las políticas de salud para el control de las enfermedades no transmisibles, reorientar los recursos y adoptar nuevas medidas de salud pública. Los resultados obtenidos son reveladores de un gran problema de salud por lo que se recomienda a las autoridades de salud hacer más énfasis en la atención primaria de salud en donde se realiza el primer contacto con la población y en donde se pueden identificar estos factores de riesgo.

SUMMARY

The Non communicable chronic diseases are the main cause of death and the world wide level of incapability reality which Panamá does not escape. The study is descriptive of prevalence. The compilation of data was done by means of a survey type questionnaire which was given by OMS for the surveillance of non communicable diseases that has been adapted to the study. It was applied in 18 years old population and more the district of Aguadulce in a of 358 people over a period of 5 days from april 21 to 26 2009 to complete the quota of each conglomerate. The sampling was multistage. Data were digitalized in the Epi Info 3.5.1 program. Among the obtained results we have that the prevalence of diabetes in those questioned people in the district of Aguadulce is 20%, the prevalence of hypertension is 27%, the risk factor of alcoholism with 62% and the risk factor of smoking behavior with 19%. The 62% of respondents consume vegetables from 2 to 5 times a week. Also 57% of people who participated in the study do physical activity. It is really important to get information about the risk factors affecting the population in this way it may change health politic for the control of non communicable diseases, redirect resources and new measures for public health. The gotten results are the developers of a griet health problem so it is recommended that health authorities put emphasis on primary health care which makes the first contact with the population and where you can identify these risk factors.

INTRODUCCION

Los países de América enfrentan en este siglo el reto de luchar contra las enfermedades no transmisibles (ENT) que se han expandido dramáticamente. La información que surgió en la última Conferencia Sanitaria Panamericana reveló que hasta los años 70 estas enfermedades (diabetes, hipertensión, cáncer, entre otras) representan la causa del 44.1% de las muertes masculinas y del 44.7% de las femeninas en la región. Además, la fuerza laboral de la mayoría de los países se ve afectada por enfermedades y factores de riesgo que en gran medida pueden prevenirse.

La mayoría de los países en desarrollo de América Latina se encuentran en una etapa de transición epidemiológica, la cual se caracteriza por el cambio de enfermedades transmisibles a las crónicas no transmisibles como fuentes principales de morbilidad y la mortalidad. Estos países también se encuentran en una etapa de transición demográfica y una transición nutricional, el cambio de los hábitos alimentarios tradicionales a uno alto en grasa saturada, azúcar y carbohidratos refinados y bajos en fibra dietética. Los cambios en la forma de vida están asociados a las grandes migraciones del campo a la ciudad y al fenómeno de la globalización y la transculturización, entre otros.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son un serio problema de salud pública a nivel mundial. En Latinoamérica, debido a que son la principal causa de mortalidad, representan una enorme morbilidad, carga económica y

social afectando principalmente a la población mas vulnerable Por esto es necesario conocer la distribución de sus factores de riesgo de tal manera que puedan orientarse y planearse sobre una base sólida de evidencia las políticas e intervenciones para su prevención y control

El trabajo que se presenta a continuación contiene cuatro capítulos el primer capítulo el marco conceptual en donde se presenta el planteamiento del problema la justificación del estudio y los objetivos el segundo capítulo es el marco conceptual que consta de revisión bibliográfica exhaustiva sobre el tema contiene la definición de enfermedades no transmisibles y sus características definición de los factores de riesgo de las ENT los factores de riesgo biológicos modificables y no modificables y los factores de riesgo conductuales El capítulo número tres corresponde al diseño metodológico en donde se presenta área del estudio tipo de investigación muestra criterios de inclusión y exclusión las variables del estudio recolección de los datos descripción del instrumento de captura de datos y plan de análisis El cuarto capítulo corresponde a análisis de los resultados Al finalizar se presentan las conclusiones recomendaciones bibliografía y anexos

Espero que el trabajo llene las expectativas y sirva de base para otros trabajos sobre el tema y ayude a nuestro crecimiento profesional en las diferentes generaciones

CAPITULO I MARCO CONCEPTUAL

1 1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nos encontramos en medio de una epidemia global de enfermedades relacionadas a los hábitos y estilos de vida llamadas enfermedades no transmisibles (ENT). En el mundo desarrollado e industrializado se estima que más o menos el 88% de las muertes son relacionadas a estas enfermedades, mientras en los países en desarrollo como el nuestro se estima alrededor del 40% de las muertes.

En los países en desarrollo la carga de morbilidad causada por las enfermedades no transmisibles está aumentando rápidamente y produciendo consecuencias sociales, económicas y sanitarias significativas. Las enfermedades no transmisibles son la causa del 60% de todas las defunciones en el mundo, las cuales están relacionadas a factores de riesgo frecuentes y evitables.

Del total de 3 millones de defunciones anuales en América Latina y el Caribe, el 57% corresponden a Enfermedades No Transmisibles (ENT). De estas, el 70% está constituido por enfermedades cardiovasculares (45.4%), neoplasias malignas (19.7%), Diabetes Mellitus (4.9%).

En el Informe sobre la salud en el mundo 2002 publicado por la OMS se menciona que diez factores de riesgo son responsables de la tercera parte de la mortalidad mundial. Estos factores de riesgo son diferentes según la región.

En los países en vías de desarrollo como el nuestro los principales son el alcohol la hipertensión arterial el tabaco la obesidad la hipercolesterolemia y la dieta inadecuada. Habitualmente ocurre que existe interacción entre varios factores de riesgo y eso aumenta el efecto aislado de cada uno de ellos por ejemplo la inactividad física junto con la dieta inapropiada y el tabaco pueden explicar el 75% de las enfermedades cardiovasculares. Por otro lado un mismo factor como el tabaco puede aumentar la posibilidad de varios tipos de enfermedades tal es el caso de las cardiovasculares tumores o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Estos factores de riesgo de enfermedades no transmisibles son las principales causas de mortalidad y de discapacidad en todos los países independientemente de su estado de desarrollo económico. En todo el mundo los principales factores de riesgo están aunados a los estilos de vida (Manual Steps 2004).

En la primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de vida (ENCAVI) 2007 en el Resumen Ejecutivo de la Provincia de Coclé se obtuvo como resultado que el Distrito de Aguadulce presentó alta prevalencia (21.8%) de personas diagnosticadas hipertensas y con alto consumo de bebidas alcohólicas (19.4%). Es por esta razón que nos formulamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la prevalencia de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial en la población de 18 y más años de edad del Corregimiento de Aguadulce Cabecera Provincia de Coclé?

¿Cual es la prevalencia de los factores de riesgo biológicos y conductuales de enfermedades crónicas no transmisibles en la población de 18 y más años de edad del Corregimiento de Aguadulce Cabecera Provincia de Coclé?

1 2 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y de discapacidad a nivel mundial realidad de la que Panamá no escapa Las enfermedades cerebrovasculares el cáncer las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes son las principales afecciones de este tipo

En Panamá estudios recientes (Encuesta Nacional de Salud y Calidad de vida 2007) muestran una alta prevalencia de factores de riesgo en la población que facilitan la aparición de estas enfermedades

En la segunda mitad del siglo pasado hemos ingresado en el proceso conocido como transición epidemiológica con una creciente importancia de las enfermedades crónicas no transmisibles como principales causas de muerte

Las características principales de este proceso son el desplazamiento de la mortalidad a grupos de edad mas avanzada y un cambio en las causas de muerte con un predominio de las enfermedades no transmisibles Los mecanismos son principalmente la aparición de factores de riesgo relacionados con el proceso de desarrollo y urbanización

Esta situación exige políticas y normas pero sobre todo acciones rápidas y efectivas con participación de la comunidad dirigidas a controlar estos eventos y sus factores de riesgo

En el trabajo de investigación se identificó factores de riesgo relacionados a enfermedades no transmisibles que ayuden a los servicios de salud a planificar y determinar prioridades de salud pública que disminuyan la carga de la morbilidad causada por estas enfermedades

La determinación de los factores de riesgo que prevalecen en la población del Corregimiento de Aguadulce servirá para planificar estrategias de acción para la prevención de enfermedades no transmisibles en esta área de salud además de proporcionar información actualizada sobre este problema

Estos resultados serán presentados en las diferentes instalaciones de Salud del Corregimiento de Aguadulce a Nivel Regional y Local

1 3 OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

- Conocer la prevalencia de la diabetes mellitus la hipertensión arterial y algunos factores de riesgo que afectan el desarrollo de Enfermedades No Transmisibles en la población de 18 y mas años de edad del Corregimiento de Aguadulce Cabecera

Especificos

- Determinar la prevalencia de la diabetes mellitus e hipertensión arterial
 - Describir la población estudiada y la presencia de algunos factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles según edad y sexo
 - Cuantificar la magnitud a través de porcentajes de los factores de riesgo conductuales de tabaquismo y alcoholismo
 - Medir la magnitud a través de porcentaje de consumo de frutas vegetales y actividad física en la población estudiada
- Evaluar la relación entre los factores de riesgo evaluados y la presencia de hipertensión y diabetes

CAPITULO II MARCO TEORICO

2 1 Definición de Enfermedades No Transmisibles

La definición del Center for Disease Control de Atlanta (CDC) dice que son enfermedades de etiología incierta habitualmente multicausales con largos períodos de incubación o latencia largos periodos subclínicos con prolongado curso clínico con frecuencia episódico sin tratamiento específico y sin resolución espontánea en el tiempo

La información disponible nos indica que muchas de estas enfermedades son prevenibles y sus muertes a edades tempranas evitables Se han identificado factores de riesgo asociados epidemiológicamente a ellas como tabaquismo consumo excesivo e inapropiado de alcohol inactividad física obesidad hipertensión arterial perfil lipídico alterado y dieta inadecuada Estos factores de riesgo son modificables y vulnerables a estrategias de intervención que intercepten la historia natural de la enfermedad en que participan

2 2 Características de las Enfermedades No Transmisibles

Desde hace décadas las enfermedades no transmisibles (ENT) grupo de enfermedades entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares los cánceres la diabetes mellitus ocupan los primeros lugares en morbilidad y mortalidad entre los adultos sin importar el nivel de desarrollo económico del país o región con pocas excepciones

Según el Informe sobre la salud en el mundo 2002 en 2001 las principales enfermedades no transmisibles representaban casi el 60% de todas las

defunciones y el 47% de la carga de morbilidad mundial el 79% de esas defunciones ocurrieron en los países en desarrollo. Se prevé que para 2020 estas cifras aumenten al 73% y al 60% respectivamente.

En el Informe sobre la salud en el mundo 2002 publicado por la OMS se menciona que diez factores de riesgo son responsables de la tercera parte de la mortalidad mundial. Estos factores de riesgo son diferentes según la región. En los países en vías de desarrollo como el nuestro los principales son el alcohol, la hipertensión arterial, el tabaco, la obesidad, la hipercolesterolemia y la dieta inadecuada. Habitualmente ocurre que existe interacción entre varios factores de riesgo y eso aumenta el efecto aislado de cada uno de ellos. Por ejemplo, la inactividad física junto con la dieta inapropiada y el tabaco pueden explicar el 75% de las enfermedades cardiovasculares. Por otro lado, un mismo factor como el tabaco puede aumentar la posibilidad de varios tipos de enfermedades, tal es el caso de las cardiovasculares, tumores o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Detrás de cuatro de las enfermedades no transmisibles más importantes (enfermedades cardio-vasculares, cáncer, neumopatía obstructiva crónica y diabetes de tipo 2) hay factores de riesgo biológicos prevenibles comunes (entre los que destacan la hipertensión, la hipercolesterolemia y el sobrepeso) e importantes factores de riesgo conductuales relacionados con ellos (alimentación poco sana, inactividad física y consumo de tabaco y

alcohol) Las acciones preventivas deberían centrarse en el control integrado de estos y de otros factores de riesgo importantes

Las Enfermedades crónicas o no transmisibles son enfermedades que se caracterizan por una etiología incierta pero de origen no infeccioso tienen múltiples factores de riesgo largos periodos de latencia sufrimiento prolongado y pueden asociarse con daños o discapacidad funcional Entre las principales enfermedades crónicas no transmisibles figuran las enfermedades cardiovasculares (enfermedades cardíacas y enfermedades cerebro vasculares) el cáncer la diabetes el asma la enfermedad mental y las lesiones por accidentes y violencia Aunque las enfermedades crónicas están entre las más comunes y mas costosas de muchos países también están entre las enfermedades mas prevenibles Si bien es cierto existen factores de riesgo no controlables como lo son la edad el sexo y la predisposición genética existen otros factores relacionados a la conducta del individuo a las culturas o a los ambientes que si pueden ser modificados (p e Manual Steps 2004)

Se concluye que el abordaje para la prevención de las ENT debe ser un abordaje integral que incluya los factores biológicos sociales y economicos

El problema de las ENT cruza a ambos sexos en todas las edades Estudios revelan que la prevalencia de la hipertension oscila entre 14% y 40% en las personas de entre 35 y 64 años pero casi la mitad de ellas no son conscientes de ello y en promedio solo el 27% se controla la presión arterial

Ademas entre el 9 y el 18% de las personas de entre 35 y 64 años son diabéticas y casi el 60% de ellas ya tienen al menos una complicación microvascular al momento del diagnóstico. Estas complicaciones que pueden prevenirse conducen a discapacidades significativas como la ceguera, la amputación y la insuficiencia renal, según indica el informe.

Aunque no se conocen completamente las causas finales en las ENT, es posible modificar su historia natural con la intervención de los factores de riesgo que las preceden, porque éstos actúan durante períodos prolongados provocando daños que muchas veces son imperceptibles para las tecnologías habituales de tamizaje, dificultando su control, pues la relación causa efecto no siempre es evidente.

Para que los países modifiquen sus políticas de salud para el control de las ENT, reorienten sus recursos y adopten nuevas medidas de salud pública, se necesita información sobre cuáles son los factores de riesgo que afectan a su población.

Los factores de riesgo frecuente y evitable son la base de la mayor parte de las enfermedades crónicas. Estos factores de riesgo de enfermedades crónicas son una principal causa de la carga de mortalidad y de discapacidad en todos los países, independientemente de su estado de desarrollo económico. En todo el mundo, el principal factor de riesgo es el aumento de la presión arterial, seguido del consumo de tabaco, el colesterol total elevado y el consumo bajo de frutas y verduras. Los principales factores de riesgo

representan en conjunto alrededor del 80% de las defunciones por cardiopatía y accidente cerebrovascular (p e Manual Steps 2004)

Actualmente la prevención de las enfermedades crónicas se realiza a través de la adopción de conductas saludables que permite que las personas eviten exponerse a los factores de riesgo

2.3 Definición de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles

Un factor de riesgo es cualquier cosa que pueda aumentar las posibilidades de una persona de desarrollar una enfermedad. Este puede ser una actividad como fumar, su dieta, la historia familiar o muchas otras cosas. Distintas enfermedades, incluyendo los cánceres y las enfermedades cardiovasculares, tienen factores de riesgo diferentes.

Se denomina factor de riesgo a cualquier

Atributo

Característica

Exposición de un individuo que aumente la probabilidad de contraer una enfermedad crónica no transmisible

Principales factores de riesgo de comportamiento

Los principales factores de riesgo conductuales (modificables) identificados en el Informe de 2002 sobre la salud en el mundo son

El consumo de tabaco

El consumo perjudicial de alcohol

El régimen alimentario insalubre (consumo bajo de frutas y verduras)

La inactividad física

Principales factores de riesgo biológicos

Los principales factores de riesgo biológicos identificados en el Informe de 2002 sobre la salud en el mundo son

El sobrepeso y la obesidad

- La presión arterial elevada

La glucemia elevada

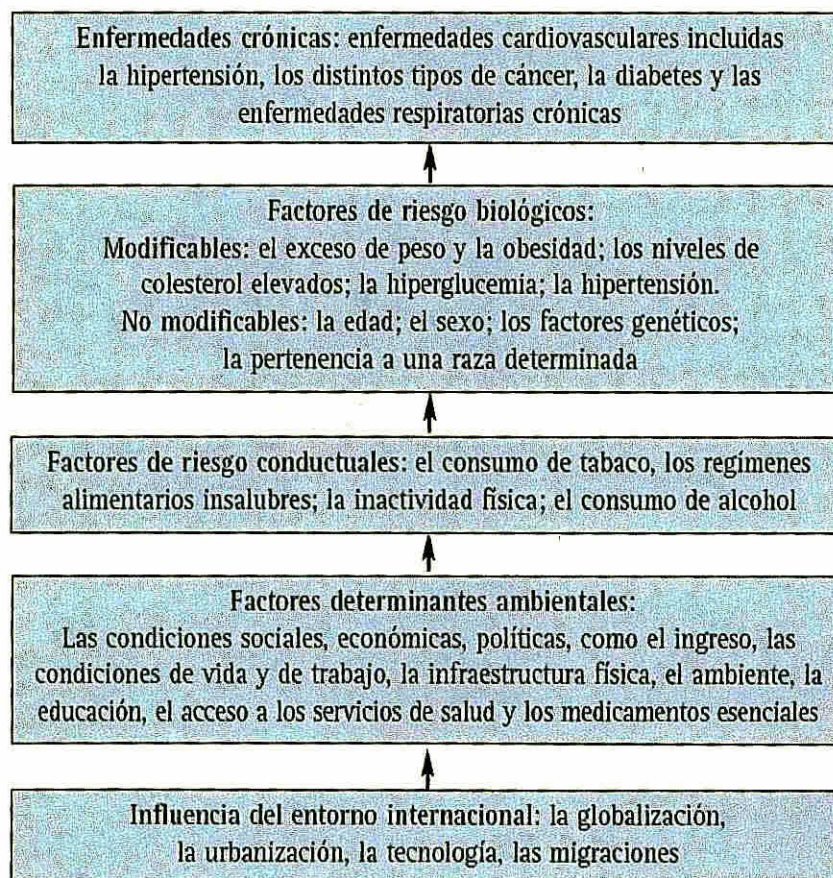
- Los lípidos sanguíneos anormales y su subconjunto colesterol total aumentado (p e Manual Steps 2004)

El conocer los factores de riesgo de algunas enfermedades puede ayudar a guiar al individuo en la toma de las acciones apropiadas incluyendo el cambio de la conducta y el ser atendido clínicamente para la enfermedad

A nivel mundial estudios epidemiológicos han descrito que las consecuencias de enfermedades no transmisibles son uno de los mayores problemas de salud pública de las sociedades occidentales pues tienen una tasa de incidencia creciente relacionada con el envejecimiento de la población lo que ha hecho que se las califique de epidémicas

Los factores determinantes clave de las enfermedades crónicas se ilustran en la figura 1 (pág. 31). Estos pueden corresponder a varias categorías: los factores de riesgo biológicos y conductuales, las condiciones ambientales y la influencia del entorno internacional.

Figura 1: Factores determinantes clave de las enfermedades crónicas



Fuente: OPS. (2007). Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Washington, D.C.

2 4 Factores de riesgo biológicos no modificables

2 4 1 Edad

Es la sucesión de etapas del desarrollo físico se basa en la evaluación de fundamentos biológicos Denota el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento actual de vida

Se ha encontrado relación directamente proporcional entre el aumento de la edad del individuo y la frecuencia de aparición de las enfermedades cardiovasculares Cuatro de cada cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años (p e Cifuentes 2004)

El mecanismo básico por el que la presión arterial aumenta conforme la edad lo hace es por la pérdida de la distensibilidad y la elasticidad de las arterias principalmente en las personas mayores de 50 años y edad mayor de 60 años (p e Monzon 1999 En Cifuentes 2004)

En algunos estudios se han demostrado la presencia de estrías grasas en pacientes muy jóvenes y puede tardar 20-40 años en producir un bloqueo suficiente como para producir un infarto Cuanto más joven sea el paciente a quien se le diagnostique hipertensión arterial mayor es la reducción de vida si se deja sin tratamiento

En un estudio de cohorte realizado en España en el año 2001 en varones de 30-59 años libres de cardiopatía en el examen inicial se encontró que la

prevalencia de la hipertensión aumentaba con la edad hasta un 36% la proporción de individuos con hipercolesterolemia severa aumentaba a partir de los 40 años Asimismo la prevalencia de hiperglicemia se incrementaba con la edad Se observó una relación positiva y creciente entre las tasas ajustadas por edad según principales factores de riesgo coronario en el examen inicial y la aparición de nuevos casos de cardiopatía coronaria excepto para la presión arterial y el índice de masa corporal (IMC) (p e Abadal 2001 En Cifuentes 2004)

2.4.2 Antecedentes Familiares

Los antecedentes familiares constituyen un factor de riesgo no modificable e independiente los pacientes con un pariente de primer grado coronariopatía tienen mayores riesgos de desarrollar enfermedad arterial coronaria que la población general

El riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular para las personas que tienen una historia familiar positiva para la enfermedad en cuestión es de 1.5 a 2 veces mayor que en quienes no tienen el factor hereditario (p e Cifuentes 2004)

Existen estudios que han revelado que cuanto más joven es el paciente portador de infarto agudo de miocardio mayor es la frecuencia de enfermedad en sus familiares consanguíneos

2 5 Factores de riesgo biológicos modificables

2 5 1 Hipertensión Arterial

La hipertension arterial es una condición médica caracterizada por un incremento de las cifras de presión arterial por encima de 139/89 mmHg y considerada una de los problemas de salud pública en países desarrollados afectando a cerca de mil millones de personas a nivel mundial Para el registro y diagnóstico de una hipertensión arterial se tiene por costumbre hacer lectura de las cifras tensionales en dos visitas medicas o mas Aquellos individuos con una tensión arterial entre 130/80 y 139/89 tienen un riesgo duplicado de desarrollar hipertension arterial que los individuos con valores menores La hipertensión es una enfermedad asintomática y fácil de detectar sin embargo cursa con complicaciones graves y letales si no se trata a tiempo

La hipertensión arterial (HTA) es todavía un topico de investigacion pues se ha demostrado que el 90% de los individuos mayores de 45 años que desarrolla esta enfermedad es idiopatica y sólo un 10% es secundaria

La prevalencia de la HTA aumenta con la edad en todos los grupos negros blancos varones o mujeres Desde menos del 5% en los menores de 50 anos hasta un 22% en los de 80 años y mas (p e Lisner 1991 En Cifuentes 2004)

La hipertension arterial de manera silente produce cambios hemodinamicos macro y microvasculares causados a su vez por disfunción del mismo endotelio vascular y el remodelado de la pared de las arteriolas de resistencia responsables de mantener el tono vascular periferico. Estos cambios que anteceden en el tiempo a la elevación de la presión producen lesiones organicas específicas algunas de ellas definidas clínicamente.

En el 90% de los casos la causa es desconocida por lo cual se le ha denominado hipertensión arterial esencial con una fuerte influencia hereditaria.

Ese porcentaje tan elevado no puede ser excusa para intentar buscar su etiología pues en 5 a 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevacion de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se le denomina hipertensión arterial secundaria que no solo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento cronico sino que ademas puede ser la alerta para localizar enfermedades aun más graves de las que solo es una manifestacion clinica.

En un estudio realizado en Colombia en el Departamento de Vichada (febrero de 2005) sobre Factores de riesgo de enfermedades cronicas no transmisibles el 21.1% (IC 95 % 19.2–23.1) de los encuestados refirió que un profesional de la salud le ha diagnosticado hipertensión arterial. La proporción de personas a las cuales un profesional de la salud les ha diagnosticado hipertension arterial fue mayor en los mayores de 44 años.

(33.7% IC 95% 29.3 – 38.4) que en los menores de 45 años (16.9% IC 95% 15.0 – 19.1) ($p < 0.0000$)

En la primera Encuesta Nacional de Salud y Calidad de vida (ENCAVI) 2007 en el Resumen Ejecutivo de la Provincia de Coclé se obtuvo como resultado de las diez principales enfermedades diagnosticadas por médicos la de mayor porcentaje es la hipertensión arterial seguida de sobrepeso u obesidad y otros problemas de la vista predominan en el sexo femenino en ambas áreas rural y urbana. El distrito con mayor prevalencia de hipertensión arterial es Olá (33.3%) seguido de Penonomé (26.9%) y Aguadulce (21.8%).

2.5.2 Diabetes Mellitus (DM)

En la DM (diabetes mellitus) el páncreas no produce o produce muy poca insulina (DM Tipo I) o las células del cuerpo no responden normalmente a la insulina que se produce (DM Tipo II)

Esto evita o dificulta la entrada de glucosa en la célula aumentando sus niveles en la sangre (hiperglucemia). La hiperglucemia crónica que se produce en la diabetes mellitus tiene un efecto tóxico que deteriora los diferentes órganos y sistemas y puede llevar al coma y la muerte.

La diabetes mellitus es un trastorno endocrino-metabólico crónico que afecta la función de todos los órganos y sistemas del cuerpo. El proceso mediante el cual se dispone del alimento como fuente energética para el organismo.

(metabolismo) los vasos sanguíneos (arterias venas y capilares) y la circulación de la sangre el corazón los riñones y el sistema nervioso (cerebro retina sensibilidad cutánea y profunda etc)

El diagnóstico se basa en la medición única o continua (hasta 2 veces) de la concentración de glucosa en plasma La Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los siguientes criterios en 1999 para establecer con precisión el diagnóstico

Síntomas clásicos de la enfermedad (Poliuria Polidipsia Polifagia y Pérdida de peso inexplicable) más una toma sanguínea casual o al azar con cifras mayores o iguales de 200mg/dl

Medición de glucosa en plasma en ayunas mayor o igual a 126mg/dl
Ayuno se define como no haber ingerido alimentos en al menos 8 horas

La prueba de tolerancia a la glucosa oral (curva de tolerancia a la glucosa) La medición en plasma se hace dos horas posteriores a la ingesta de 75g de glucosa en 30ml de agua la prueba es positiva con cifras mayores o iguales a 199mg/dl

La Organización Mundial de la Salud reconoce tres formas de diabetes mellitus tipo 1 tipo 2 y diabetes gestacional (ocurre durante el embarazo) cada una con diferentes causas y con distinta incidencia Varios procesos patológicos están involucrados en el desarrollo de la diabetes estos varían desde destrucción autoinmune de las células β del páncreas con la posterior deficiencia de insulina como consecuencia característica de la DM tipo 1

hasta anormalidades que resultan en la resistencia a la acción de la insulina como ocurre en la DM tipo 2. La etiología de la diabetes gestacional es parecida a la de la DM tipo 2 debido a que las hormonas del embarazo pueden crear insulinoresistencia en una mujer predispuesta genéticamente a este padecimiento. Para el año 2000 de acuerdo con la OMS se estimó que alrededor de 171 millones de personas eran diabéticos en el mundo y que llegarán a 370 millones en 2030 (p.e. Roglic G y King H 2004).

Este padecimiento causa diversas complicaciones dañando frecuentemente a ojos, riñones, nervios periféricos y vasos sanguíneos. Sus complicaciones agudas son (generalmente hipoglucemia, cetoacidosis, coma hiperosmolar no cetótico y acidosis láctica, esta última muy raramente) consecuencia de un control inadecuado de la enfermedad, mientras sus complicaciones crónicas (enfermedades cardiovasculares, nefropatías, retinopatías, neuropatías y daños microvasculares) son consecuencia del progreso de la enfermedad.

Estudios epidemiológicos han demostrado que la resistencia a la insulina y la constelación de alteraciones metabólicas asociadas como la dislipidemia, la hipertensión, la obesidad y la hipercoagulabilidad influyen en la prematuridad y severidad de la aterosclerosis que desarrollan los pacientes con diabetes mellitus. Una enfermedad coronaria ocurre más comúnmente en diabéticos (55%) y si la glicemia se encuentra elevada (mayor de 126 miligramos/decilitro mg/dl-) el riesgo aumenta en un 7 %.

En un estudio de cohorte realizado en España (año 2001) en varones de 30-59 años libres de cardiopatía en el examen inicial se encontró que la prevalencia de hiperglucemia se incrementaba con la edad. El 4.9% del total tenían una cifra de glucemia basal por encima de 126 mg/dl o se sabían diabéticos. La proporción aumentaba desde 2.9% a los 30-49 años hasta 10.3% en los de 50-59 años. Y la mortalidad total fue más elevada en los diabéticos conocidos o con concentraciones de glucemia superiores a 110 (mg/dl) (p e Abadal 2001 En Cifuentes 2004).

En un estudio realizado en Colombia (febrero de 2005) sobre Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles el 5.4% (IC 95% 4.4 – 6.6) de los encuestados refirió que un profesional de la salud le ha diagnosticado diabetes o azúcar alta en la sangre. Se encontraron diferencias según grupo de edad y género, siendo mayor la proporción de personas que les han diagnosticado diabetes o azúcar alta en la sangre en los mayores de 44 años (10.9% IC 95% 8.2 – 14.3) que en los menores de 45 años (3.5% IC 95% 2.6 – 4.7) ($p < 0.0000$) y en las mujeres (6.7% IC 95% 5.3 – 8.3) que en los hombres (3.3% IC 95% 2.1 – 5.0) ($p < 0.0008$).

2.6 Factores de riesgo Conductuales

2.6.1 Tabaquismo

El tabaquismo es la adicción al tabaco provocada principalmente por uno de sus componentes activos, la nicotina. La acción de dicha sustancia acaba condicionando el abuso de su consumo. El tabaquismo es una enfermedad

cronica sistémica perteneciente al grupo de las adicciones y esta catalogada en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV de la American Psychiatric Association Actualmente se cree la causa principal mundial de enfermedad y mortalidad evitable Se considera una enfermedad adictiva cronica con posibilidades de tratamiento

Segun la Organización Mundial de la Salud el tabaco es la primera causa de enfermedad invalidez y muerte prematura del mundo En Europa el tabaquismo provoca cada año 1 2 millones de muertes Está directamente relacionado con la aparición de 29 enfermedades de las cuales 10 son diferentes tipos de cancer y es la principal causa del 95% de los cánceres de pulmón del 90% de las bronquitis y de más del 50% de las enfermedades cardiovasculares

El tabaco es factor de riesgo en enfermedades respiratorias cardiovasculares distintos tipos de cáncer Además no sólo perjudica a los fumadores sino también a los que respiran el mismo aire (fumadores pasivos)

El tabaquismo es la principal causa de morbilidad en la mayoría de los países desarrollados a principios del siglo XXI aunque hay otros estudios que indican que estas enfermedades atribuidas al tabaco son en realidad la contaminación industrial y química los aditivos alimentarios y los pesticidas utilizados en la agricultura así que hay que ser muy precavidos con todas estas afirmaciones que culpan al tabaco cuando en realidad pueden ser otras

las causas. Además, el tabaco como tal es lo que menos se fuma, pues excepto el poco tabaco natural, todo lo que se comercializa está adulterado con sustancias químicas que le aportan dudosas o preocupantes propiedades como la de ser más adictivo o mejorar su sabor, y otras que no se saben porque también tienen fórmulas secretas.

Según la OMS, existe en el mundo más de 1 100 millones de fumadores (2002), lo que representa aproximadamente un tercio de la población mayor de 15 años. Por sexos, el 47 % de los hombres y un 11 % de las mujeres en este rango de edad consumen una media de 14 cigarrillos/día, lo que supone un total de 5 827 billones de cigarrillos al año. El 74 % de todos los cigarrillos se consumen en países de bajo-medio nivel de ingresos (Banco Mundial). Tanto para hombres como para mujeres, el segmento de edad en la que fuma mayor proporción es el comprendido entre 30 y 49 años.

Las mayores prevalencias mundiales de consumo de tabaco se encuentran en Vietnam, Corea, parte de África y República Dominicana en hombres (73, 68 y 66 % respectivamente), mientras que Dinamarca y Noruega la presentan en la población femenina (37 y 36 % respectivamente). Por su elevado volumen poblacional, China, India y la Rusia son las que agrupan la mayor parte de fumadores del mundo.

En la Unión Europea existe una reducción progresiva del consumo de tabaco; se mantiene la mayor prevalencia en hombres que en mujeres, excepto en Suecia, donde el consumo del tabaco es algo mayor en mujeres (22%.

hombres 24% mujeres) La mayor proporción de fumadores se encuentra en los países mediterráneos La prevalencia en España a todas las edades (2003) es del 36 % de la población

En México se estima que mueren diariamente entre 122 y 165 personas debido a haber consumido tabaco lo que convierte a esta adicción en un grave problema de salud pública

Se ha determinado en diferentes estudios que el fumado puede aumentar en forma importante el riesgo de enfermedad cardiovascular En estudios con mujeres se encontró que este riesgo es aproximadamente el doble entre pacientes que fuman de 1 a 4 cigarrillos por día respecto a las no fumadoras Puede ser hasta 4 veces mayor en pacientes que fuman cantidades mayores por día

El exceso de riesgo debido a esta enfermedad disminuye aproximadamente a la mitad después de un año de abstinencia

En un estudio de cohorte realizado en España (año 2001) en varones de 30 a 59 años libres de cardiopatía en el examen inicial se encontró que los valores elevados de colesterol y el consumo habitual de cigarrillos estaban asociados con la incidencia y la mortalidad coronaria El riesgo relativo fue 4 veces mayor para los que tenían hipercolesterolemia severa en los fumadores el riesgo era el doble respecto a los no fumadores sobre todo en los grandes fumadores Los fumadores con hipercolesterolemia severa

presentaron un riesgo casi 5 veces mayor de padecer su primer acontecimiento coronario que los no fumadores con niveles de colesterol deseable

El tabaco no actúa sólo como un factor de riesgo en el inicio de la enfermedad sino también como uno de los principales causantes de reestenosis en angioplastias y bypass coronario. En un estudio realizado en Barcelona sobre la deshabituación tabáquica se encontró que sólo el 50% de los pacientes que dejan el consumo de tabaco tras un episodio agudo permanecerán abstinentes a los 3 meses de alta hospitalaria.

Reducir el consumo de tabaco, el cual representa una fracción substancial y totalmente evitable de enfermedad cerebrovascular y de los cánceres. Proyecciones razonables muestran que el número de defunciones relacionadas al consumo de tabaco no solo es grande sino también creciente particularmente en los países en desarrollo. En el año 2000 el número de defunciones relacionadas con el consumo de tabaco en los países en desarrollo equivalió aproximadamente al número en los países de ingreso alto. Las proyecciones indican que para el 2030 los países en desarrollo tendrán más que el doble que tendrán los países de alto ingreso.

En un estudio realizado en Colombia (febrero de 2005) sobre Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles El 24.4% (IC 95% 22.5-26.5) de los encuestados refirió haber fumado alguna vez en su vida.

mientras que el 18.2% (IC 95% 16.5 – 20.1) cayeron dentro de la definición de tabaquismo (haber fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida)

La media de edad de inicio de fumar fue de 18.0 años. Un porcentaje importante de fumadores (42.6% IC 95% 35.6 – 49.9) refirieron no haber recibido consejo por parte del personal de la salud en los últimos doce meses para dejar de fumar. Aun cuando la gran mayoría de los fumadores actuales (96.4% IC 95% 92.7 – 98.5) son conscientes de que fumar es dañino para su propia salud y el 92.9% (IC 95% 88.4 – 96.1) considera que fumar en sitios cerrados o próximo a otras personas puede dañar la salud de los que están a su alrededor.

El control del tabaquismo es un elemento clave de cualquier estrategia nacional para la prevención de enfermedades no transmisibles y para promover la salud en general.

2.6.2 Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol por sí solo está más relacionado con otros tipos de muertes; sin embargo, esto no excluye su relación con morbilidad cardiovascular. Este se convierte en un factor de riesgo dependiendo de la cantidad de alcohol que se consuma, el tipo de bebida y la frecuencia. Se considera que es un factor de riesgo si se consumen de 5 a 29 g de alcohol por día.

El consumo de alcohol está influenciado principalmente por actitudes que se desarrollan durante la infancia y la adolescencia y que por lo tanto están relacionadas con las actitudes y comportamientos que adoptan los padres frente al consumo tanto dentro como fuera del hogar la influencia de compañeros las influencias sociales y las relaciones familiares Datos recientes sugieren una predisposición genética a trastornos relacionados con el uso del alcohol

Los efectos del alcohol aparecen en los diez minutos siguientes al consumo y alcanzan su máximo punto en un lapso de 40 a 60 minutos Esta sustancia permanece en la circulación hasta llegar al hígado donde se metabolizan sus componentes Cuando el consumo supera la velocidad con que el hígado puede realizar este proceso de descomposición se eleva el nivel de concentración de alcohol en la sangre Debido a las diferencias fisiológicas relacionadas con el género cuando una mujer ingiere la misma cantidad de alcohol que un hombre ésta presenta una concentración más alta de alcohol en la sangre

En un estudio realizado en Colombia (febrero de 2005) sobre Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles se encontraron diferencias según grupo de edad género y nivel de escolaridad La proporción de consumo de alcohol fue mayor en las personas menores de 45 años (22.8% IC 95% 20.6 – 25.1) en comparación con las personas de 45 o más años de edad (12.0% IC 95% 9.2 – 15.4) ($p < 0.0000$) Los hombres consumen alcohol con mayor frecuencia (33.1% IC 95% 29.6 – 36.8) que las

mujeres (12.2% IC 95% 10.4 – 14.3) ($p < 0.0000$) La proporción de personas que consumen alcohol es mayor en quienes tienen nivel de escolaridad de tecnólogo a postgrado (32.6% IC 95% 24.9 – 41.1) en comparación con aquellos de nivel de escolaridad inferior (19.1% IC 95% 17.2 – 21.1) ($p < 0.0001$)

2.6.3 Escaso Consumo de Frutas y Vegetales

El consumo diario de productos vegetales en cantidad suficiente y en una alimentación bien equilibrada ayuda a evitar enfermedades graves como las cardiopatías los accidentes cardiovasculares la diabetes y el cáncer así como deficiencias de importantes micronutrientes y vitaminas La Organización Mundial de la Salud (OMS) coloca el escaso consumo de fruta y hortalizas en sexto lugar entre los 20 factores de riesgo a los que atribuye la mortalidad humana inmediatamente después de otros más conocidos como el tabaco y el colesterol

El consumo mundial de fruta y hortalizas está muy por debajo de los 400 gramos diarios por persona Esto se debe a que en los últimos 50 años ha disminuido el consumo de cereales y leguminosas se ha incrementado el de los aceites vegetales el azúcar y la carne mientras que la fruta y las hortalizas apenas han aumentado Se estima que en todo el mundo la gente solo consume entre el 20% y el 50% del mínimo recomendado

Las vitaminas los minerales y otros componentes de la fruta y las hortalizas son esenciales para la salud humana Por ejemplo la fibra alimentaria

contribuye al tránsito a través del aparato digestivo y a reducir los niveles de colesterol en la sangre las vitaminas y minerales ayudan a mantener un adecuado estado de salud y un grado aceptable de bienestar y los fotoquímicos como los compuestos que dan a los tomates y las zanahorias sus vivos colores tienen efectos antioxidantes y antiinflamatorios

Además estos productos favorecen una adecuada digestión de otros nutrientes aumentan el volumen intestinal lo que ayuda a regular el apetito y suelen implicar una mayor seguridad de los alimentos tanto los frescos como los preparados Conviene saber que las frutas y hortalizas junto con los cereales y leguminosas constituyen un grupo de alimentos mucho más estables que los de origen animal

Suelen mantenerse crudos en condiciones de conservación mejores no es necesaria gran cantidad de sal y suelen ser especialmente ricos en sustancias antioxidantes Consecuentemente pueden incluso ayudar a reducir el número de casos de enfermedades transmitidas por los alimentos (PONTELLO A 2006)

En un estudio realizado en Colombia (febrero de 2005) sobre Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles El 13.8% (IC 95% 12.2 – 15.5) de la población consume diariamente frutas Se encontraron diferencias significativas según el nivel educativo siendo mayor la proporción de personas que consumen diariamente frutas en aquellos con nivel educativo superior desde tecnólogo hasta postgrado (28.1% IC 95% 20.8 – 36.5)

frente a aquellos con nivel educativo inferior (12.6% IC 95% 11.0 – 14.3) ($p < 0.0000$)

El 14.9% (IC 95% 13.3 – 16.7) de la población consume vegetales diariamente. Se encontraron diferencias significativas según nivel de escolaridad. La proporción de personas que consumen vegetales diariamente fue mayor en las personas con nivel de escolaridad superior (23.7% IC 95% 16.8 – 31.8) que en las de nivel de escolaridad desde sin estudios hasta secundaria (14.1% IC 95% 12.5 – 16.0) ($p < 0.0023$)

2.6.4 Sedentarismo

El ejercicio físico previene los desórdenes cardiovasculares se ha encontrado sedentarismo en la población. El ejercicio es un factor protector pues disminuye el colesterol HDL, reduce las cifras de hipertensión arterial y disminuye el peso corporal.

El sedentarismo físico es la carencia de actividad física fuerte como el deporte, lo que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas. El sedentarismo físico se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas, en donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos intelectuales, en donde las personas se dedican más a actividades cerebrales. Asimismo, como consecuencia del sedentarismo físico aparece la obesidad, que es un

problema preocupante en los países desarrollados al igual que el sedentarismo

Podemos identificar tres clasificaciones diferentes en relación con la inactividad y el ejercicio las cuales en orden ascendente de condicionamiento físico son

1 El nivel sedentario con escasa o nula actividad física. Se trata de personas que probablemente soportarán más enfermedades vivirán menos y sufriran una calidad de vida relativamente baja

2 El nivel de aptitud de ejercicios de baja intensidad en relación con la salud y la longevidad. Los que se ubican aquí obtendrán beneficios significativamente más elevados que los pertenecientes al primer nivel en términos de índices de enfermedad más bajos y de vida más prolongada

3 El nivel atlético de ejercitación que se acerca y a veces llega al nivel de aptitud requerido para competir pero que no implica sobre entrenamiento. Quienes se ubiquen aquí se caracterizarán por una vida más prolongada un riesgo algo menor de padecer enfermedades graves y una calidad de vida más elevada. Sin embargo sobrepasarse en la búsqueda de una aptitud aeróbica -es el caso de atletas super competitivos sólo puede conducir a perder los mismos beneficios que se intentan lograr

Estudios realizados en Stanford donde se promovían cambios en los hábitos de vida (tanto dieta como realización de ejercicios) estimulados a través de educación en salud se registró una reducción en la morbilidad cardiovascular

El enfoque de nesgo es un método epidemiológico que se emplea para medir la necesidad de atención a grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades de salud, a definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud y mejorar la atención que se proporciona principalmente para aquellos que más la requieren.

CAPITULO III DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Área de Estudio

- El presente estudio se realizó en la población de 18 y más años de edad del Corregimiento de Aguadulce Cabecera. El Corregimiento de Aguadulce está dividido por poblado que se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro I POBLACIÓN TOTAL POR SEXO Y LUGAR POBLADO DE 18 AÑOS Y MAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE POR POBLADO AÑO 2000

Lugar Poblado	Población Total	Hombres	Mujeres	De 18 años y más
Total	7 707	3 704	4,003	5 304
Aguadulce Cabecera	7 576	3 640	3 936	5 217
Cerro EL Vigía	16	11	5	9
El Brujo	5	1	4	2
Llano Bonito	14	6	8	12
Los Pinos	58	28	30	33
Puerto de Aguadulce	21	15	6	14
Santa Rita	17	3	14	17

Fuente: Dirección de Estadística y Censo año 2000

La Ciudad de Aguadulce está localizada a 252 kilómetros es decir 157 millas de la Ciudad de Panamá. La misma se encuentra en la Provincia de Coclé, la cual limita al Norte con las Provincias de Colón y Veraguas, al Sur con la Provincia de Herrera y el Océano Pacífico, al Este con la Provincia de

Panamá y al Oeste con la Provincia de Veraguas Tiene una extensión territorial aproximada de 4 827 3 kms²

Aunque no se sabe con exactitud la fecha de fundación de la ciudad de Aguadulce sí se conoce que fue a finales del siglo XVIII y que fue bautizada con el nombre de San Juan Bautista de Aguadulce Sin embargo oficialmente la Ciudad de Aguadulce fue fundada el 19 de octubre de 1848 por ordenanza de la Cámara Provincial de Panamá cuando aun formaba parte de Colombia

La Ciudad de Aguadulce ha girado sus actividades desde hace muchos años en la producción de sal en sus albinas ubicadas en la zona costera y la producción de azúcar gracias a los verdes cañaverales que se cultivan en las llanuras Sin embargo también existe buen movimiento comercial en donde habitantes de las regiones circunvecinas y turistas llegan a comprar en sus almacenes y centros comerciales

El medio ambiente corresponde al clima seco de tierras bajas tropicales Sus precipitaciones varían anualmente de 1200 a 1700 mm La temperatura promedio oscila entre los 24 y los 27°C y los vientos relativamente secos soplan generalmente en dirección norte y noreste

El sector institucional se encuentra parcialmente concentrado en el mismo sector donde se ha desarrollado el comercio central

En cuanto a las áreas verdes o de recreacion existen varios parques y plazas varios estadios de beisbol y bola suave canchas de baloncesto y de futbol piscinas y áreas deportivas escolares

Las necesidades de recreacion turismo y cultura son parcialmente satisfechas El Corregimiento de Aguadulce cuenta con dos estadios un gimnasio una biblioteca un teatro y la Casa de la Cultura

3 2 Tipo de Investigación

El estudio es descriptivo de prevalencia En los estudios transversales o de prevalencia se investigan simultaneamente y durante un corto periodo de tiempo el estatus de exposición y el estatus de enfermedad en una muestra representativa de la poblacion de interés

3 3 Muestra

Muestra Tomando en cuenta la poblacion de 18 y más años de edad residentes en el de Corregimiento Aguadulce se tomó los siguientes criterios para el calculo del tamano de muestra

TAMAÑO DE LA MUESTRA		(POBLACIÓN FINITA)		NIVEL DE CONFIANZA
P	Q	N	E	95%
0 5	0 5	5 217	0 05	

$$n = \frac{1.96 \times 1.96 \times p \times q \times N}{E^2}$$

$$E = (N - 1) \times 1.96 \times p \times q$$

$$n = \frac{1.96 \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5 \times 6,100}{0.05^2} = 358$$

$$0.05 \times (5,217 - 1) \times 1.96 \times 0.5 \times 0.5$$

El tamaño de la muestra es de 358 personas de 18 y mas años de edad residentes del Corregimiento de Aguadulce Cabecera

El muestreo es multietápico primeramente se selecciono los conglomerados que son las viviendas del Corregimiento de Aguadulce Cabecera por barrios y por manzanas proporcionado por el SNEM de la Región de Coclé La siguiente etapa es la estratificación de la población 18 años y más por afijación proporcional y la ultima etapa es un muestreo al azar



**Corregimiento de Aguadulce Cabecera Provincia de Coclé Manzanas
clasificadas por barriadas**

	Barriadas	Manzanas
1	Boulevard	1 2 3 4 5 6,52,53 54
2	Guadalupe	7,7a,8 9 9a,10 11 12,13 14 15 16 17,18,19 20,21,22 23
3	La Trinidad	24 25 26 27,28 29 30 30a 47,48,49 50,51
4	Los Manneros	31,32 33 34,35 36 37,38 39 40,41 42,43,44 45 46
5	Urb La Luna	55 56 57 58,59 60,61 62 81 82 83 84 85 86 87,88,92 93 94 95
6	Aguadulce Centro	63,64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79,
7	Marcos Robles	80 96 97 98 99 100 101 102 103 104 105 106 107 110 112 113 114 115
8	La Providencia	89,90 91,116,117 118 119 120,121 122,123 124,125 126
9	Sebastián Sucre	108,109 110
10	San Francisco de Asís	127,128 129,130 161 162 163,164 165,166 167,171
11	La Siesta	111 131 132 133 134 135 136 137 138 139 140,141 142 143
12	San Roque	144 145 146 147 150 151 152 153 154 155 156 157 158 159 160 168 169,170 185 187
13	Barrio Lindo	148,149
14	Malambo	172 173 174,175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 186
	Resumen Aguadulce Cabecera	
	Total Barriadas= 14	
	Total Manzanas= 191	

Fuente Control de vectores MINSA, Región de Coclé Año 2004

Para la selección de los conglomerados se utilizó la distribución del Corregimiento de Aguadulce Cabecera por barrios y por manzanas proporcionado por el SNEM de un total de 14 barnadas se escogió el 50% de los barrios al azar por medio de la numeración de las barnadas de 1 a 14 se escogieron 7 barnadas entre las barnadas seleccionadas tenemos Malambo Aguadulce Centro La Trinidad La Providencia San Francisco de Asís Urbanización La Luna Boulevard

	Barnadas	Manzanas que conforman los barrios
1	Boulevard	1 2 3 4 5 6 52,53 54
2	La Trinidad	24 25 26 27 28 29 30 30a 47,48 49 50 51
3	Urb La Luna	55 56 57 58 59 60 61 62 81,82 83 84 85 86 87 88 92 93 94 95
4	Aguadulce Centro	63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79
5	La Providencia	89 90 91 116 117 118 119 120 121 122 123 124 125 126
6	San Francisco de Asís	127 128 129 130 161 162 163 164 165 166 167 171
7	Malambo	172 173 174 175 176 177 178 179 180 181 182 183 184 186
	Total Barnadas seleccionadas al azar= 7	

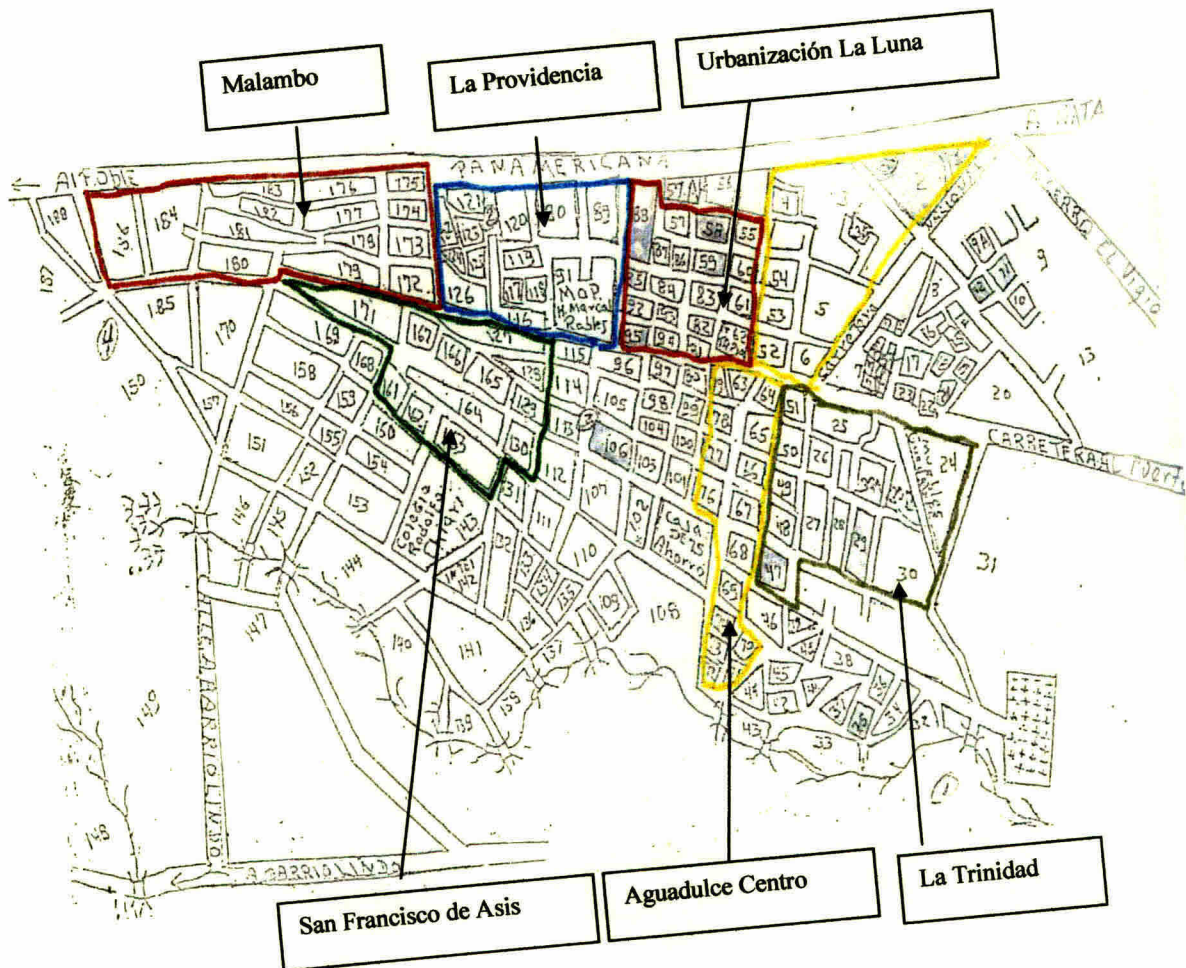
Después de seleccionados los barrios al azar se procedió a seleccionar las manzanas en los barrios seleccionados se escogió un total de 6 manzanas por barrio también fueron escogidos al azar por medio de numeración

	Barriadas	Manzanas seleccionadas al azar
1	Boulevard	4 5 6 52 53 54
2	La Trinidad	25 26 27 28 47 48
3	Urb La Luna	58 59 60 62 81 93
4	Aguadulce Centro	63 64 65 73 74 75
5	La Providencia	89 118 119 120 121 125
6	San Francisco de Asís	127 128 164 165,166 171
7	Malambo	172 176 177 178 184 186
	Total Barriadas seleccionadas= 7	
	Total Manzanas seleccionadas= 42	

En cada barrio se aplico un total de 51 encuestas hasta completar la muestra de 358 personas de 18 y mas años de edad En cada manzana se aplicó un total de 9 encuestas De no completar el numero de encuestas en cada manzana se procedio a escoger otra manzana del mismo barrio hasta completar el numero

Para la selección de la primera vivienda de cada conglomerado por barrio se ubicó a la persona entrevistadora en la zona central de cada manzana y se selecciono la primera vivienda al azar seguida de todas las viviendas ubicadas a la derecha hasta completar la muestra

Fig. 3. Barriadas seleccionadas para la aplicación de la encuesta por Manzanas



Fuente: Control de vectores. MINSA, Región de Coclé. Año 2004.

3 4 Criterios de seleccion de los sujetos de estudio

Criterios de inclusion

- Toda persona 18 años y mas de edad hombre o mujer que estuvo presente en el momento de la visita
- Que fuera residente del lugar (no visitante)
- Que acepto participar en el estudio y firmó la boleta de consentimiento

Criterios de exclusión

- Personas con discapacidad física y mental que les impida contestar correctamente el cuestionario

3 5 Variables del Estudio

Variables Principales	Definicion Conceptual	Definicion Operacional
Edad	Denota el tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta el momento actual de vida	<p>Edad reportada en la entrevista</p> <p>Grupo de edad correspondientes</p> <p>menor de 20 anos</p> <p>20 24</p> <p>25 34</p> <p>35-49</p> <p>50 59</p> <p>60 64</p> <p>65-74</p> <p>75 y mas</p>
Antecedentes Familiares	Todos los datos que establece el estado de salud o enfermedad relacionados a las personas con vinculo familiar que puedan ocasionar directamente alguna enfermedad	<p>Antecedentes positivos de algun familiar ya sea padre hermano abuelo tio que presente alguna enfermedad no transmisible</p> <p>Antecedente Familiar de</p> <p>Hipertensión arterial</p> <p>Infarto agudo al miocardio</p> <p>Evento cerebrovascular</p> <p>Diabetes mellitus</p>

Variables Principales	Definición Conceptual	Definición Operacional
Hipertension arterial	Es un padecimiento crónico de etiología variada y que se caracteriza por el aumento sostenido de la presión arterial ya sea sistólica diastólica o de ambas Se denomina hipertension arterial sistólica cuando la presión sistólica es mayor de 150 mmHg y la diastólica es menor de 90 mmHg	Si o No la persona ha sido diagnosticada por un profesional de salud con Hipertensión arterial y tipo de tratamiento
Diabetes Mellitus	Es una enfermedad crónica caracterizada por niveles altos de glucemia	Si o No la persona ha sido diagnosticada por un profesional de salud con Diabetes mellitus y tipo de tratamiento
Tabaquismo	Accion de aspirar el humo de tabaco	Si o No ha fumado toda su vida y si fuma actualmente edad de inicio de consumo
Consumo de Alcohol	Accion de consumir bebidas alcoholicas	Si o No ha consumido alguna vez alcohol si consume actualmente y edad de inicio de consumo
Consumo de frutas y vegetales	Consumo de frutas y vegetales ingendos durante la semana	Consumo de Frutas y Vegetales Frecuencia semanal de Nunca 2 5 veces Todos los dias

<i>Variables Principales</i>	<i>Definicion Conceptual</i>	<i>Definicion Operacional</i>
Actividad Física	Esfuerzo corporal durante el día que tiene como objetivo el aprovechamiento de las calorías consumidas	Si o No el individuo realiza actividad física

3 6 Recolección de Datos

Para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles proporcionado por la OMS adaptado al estudio. Se utilizó la técnica de la encuesta tipo cuestionario. En el cuestionario se incluyeron las variables: Edad, antecedentes familiares, actividad física, hábito de fumar, consumo de alcohol, consumo de frutas y vegetales. El cuestionario se aplicó en un lapso de 5 días del 21 al 26 de abril del 2009 hasta completar la cuota de cada conglomerado. El procedimiento para la recolección de la información fue la entrevista personal de casa en casa.

Para la recolección de los datos fueron entrenados dos personas del residentes del área de Aguadulce y que tienen conocimiento en la aplicación de encuestas. La capacitación tuvo una duración de un día.

3 7 Descripción del instrumento de captura de datos (Ver Anexo 1)

Para la realización del estudio se utilizó un cuestionario para la vigilancia de las enfermedades no transmisibles proporcionado por la OMS que es adaptado al estudio el instrumento es de 30 preguntas 15 cerradas y 15 abiertas consta 8 secciones las cuales están divididas la primera sección los datos generales que incluye el Corregimiento la localidad el sexo y la edad y consentimiento la segunda sección es los antecedentes familiares sobre diabetes hipertensión cáncer y infarto al corazón la sección número tres es consumo de alcohol la sección cuatro consumo de tabaco la quinta sobre diabetes mellitus la sexta hipertensión arterial la séptima consumo de frutas y vegetales y la octava actividad física

Validación del Instrumento

Para la validación del instrumento se aplicó en el 20 de febrero del 2009 en el Hospital Dr Rafael Estevez de Aguadulce a un total de 15 personas que se encontraban en la Consulta Externa Se aplicó un consentimiento informado individual El cuestionario fue confidencial y secreto

3.8 Plan de Análisis

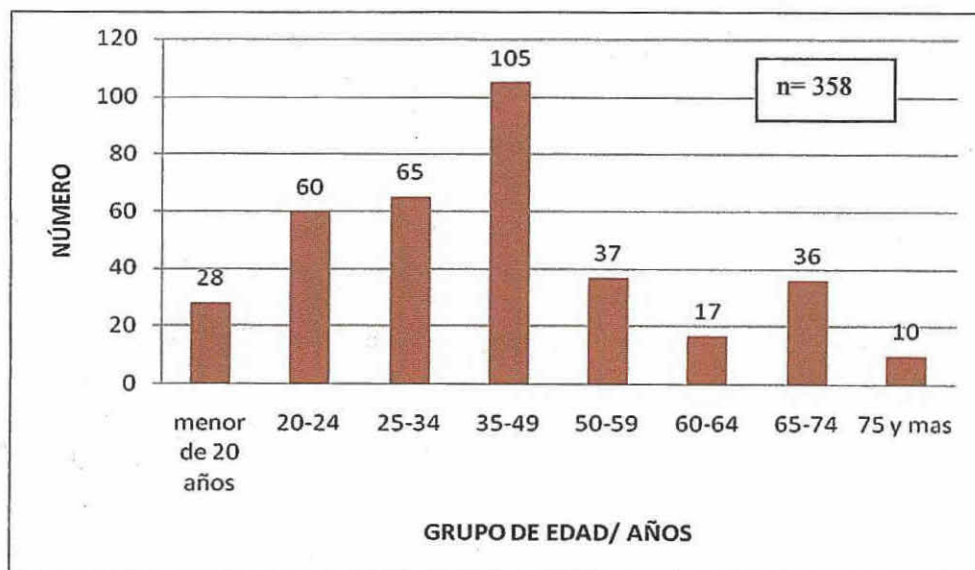
Los datos se digitaron y se analizaron en el programa Epi info 3.5.1 y programa Excel. Para el análisis de los resultados se utilizó estadística descriptiva, medidas de resumen (porcentajes) y medidas de tendencia central. También se analizó la magnitud de la asociación causal calculando odds ratio y los correspondientes intervalos de confianza del 95% y pruebas de significancia estadística como el valor de chi cuadrado y el valor de P. Se consideró que hay diferencia significativa cuando p estaba por debajo de 0.05.

CAPITULO IV ANALISIS DE LOS RESULTADOS

El cuestionario fue aplicado a una muestra de 358 personas del Corregimiento de Aguadulce Cabecera, en las barriadas seleccionadas Malambo, Aguadulce Centro, La Trinidad, La Providencia, San Francisco de Asís, Urbanización La Luna, Boulevard. Fueron encuestados 212 mujeres (59%) y 146 hombres (41%).

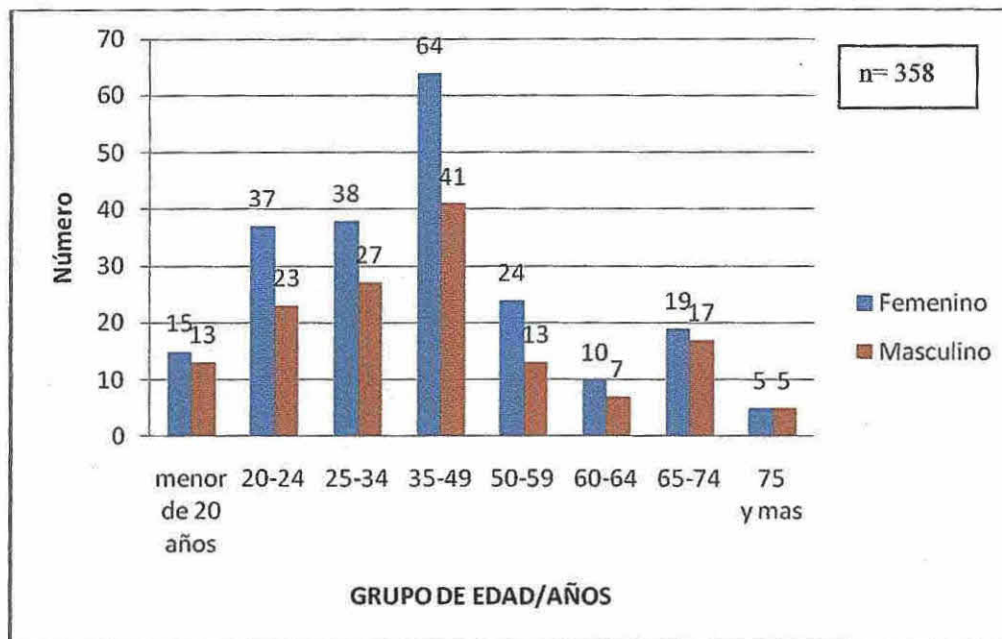
El mayor número de personas encuestadas se encuentra en el rango de edad de 35 a 49 años (105 personas) y de 25 a 34 años (65 personas), con una mayor participación de las personas en edad productiva, la media de edad es de 40 años con una desviación estándar de 17.2. La mediana de 38 años, lo que demuestra que las personas encuestadas para el estudio son relativamente jóvenes. (Gráfica 1).

Gráfica 1. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD DE LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009.



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

Gráfica 2. DISTRIBUCIÓN POR GRUPO DE EDAD Y SEXO, EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009.



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

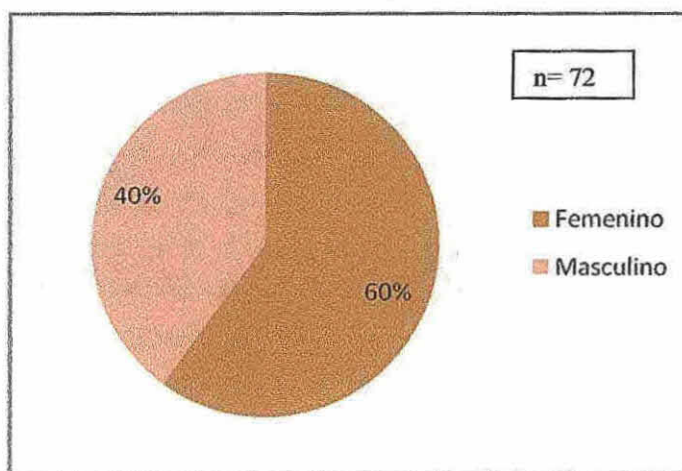
El mayor número de personas por grupo de edad y sexo se encuentra en el rango de edad de 35 a 49 años y del sexo femenino, seguido por el rango de edad de 25 a 34 años, lo que demuestra que hay una mayor participación en todos los grupos de edad del sexo femenino.

Cuadro II. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD SEGÚN PRESENCIA DE DIABETES DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009

	Número	Porcentaje
Total	358	100
Si	72	20
No	286	80

Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

Gráfica 3. PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PADECEN DIABETES POR SEXO, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

El 20% de los encuestados refirió que un profesional de la salud le ha diagnosticado diabetes o azúcar alta en la sangre. Un porcentaje alto al compararlo con el estudio realizado en Colombia (febrero de 2005) sobre factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en donde fueron encuestados 1 818 personas el 5.4% (IC 95% 4.4 – 6.6) de los encuestados refirió que un profesional de la salud le ha diagnosticado diabetes o azúcar alta en la sangre (Cuadro II). De 72 personas diagnosticadas diabéticas por un profesional de salud el 60% pertenece al sexo femenino y con un 40% pertenece al sexo masculino (Gráfica 2).

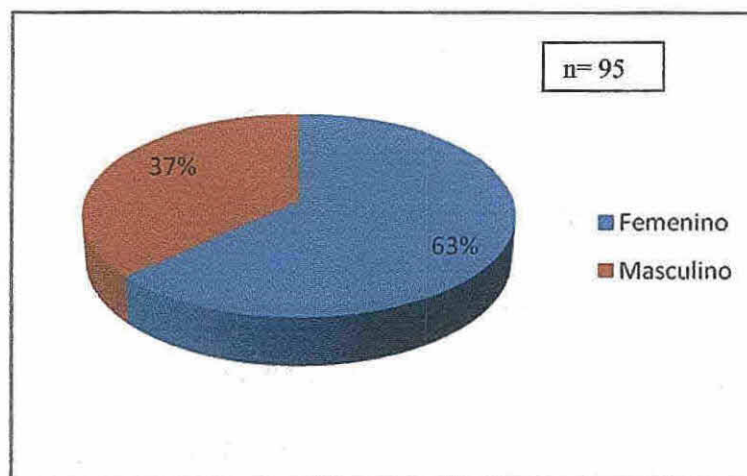
Cuadro III POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD SEGUN PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009

	Numero	Porcentaje
Total	358	100
Si	95	27
No	263	73

Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles año 2009

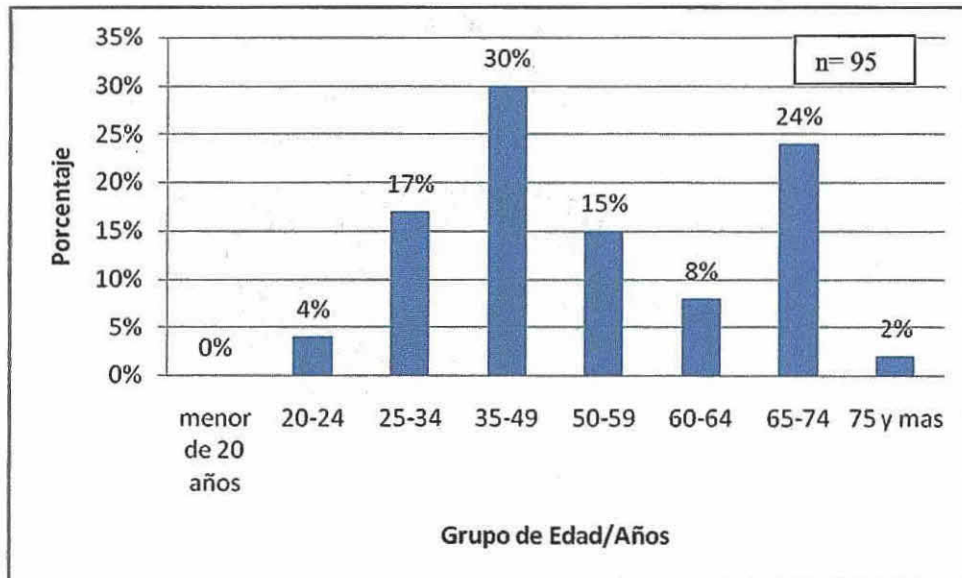
La presencia de hipertensión en las personas encuestadas en el Corregimiento de Aguadulce Cabecera es del 27%, comparándola con los resultados de la primera Encuesta de Salud y Calidad de Vida (2007) en el Resumen Ejecutivo de la Provincia de Coclé, la prevalencia de la hipertensión fue de 21.8 en el Distrito de Aguadulce, por lo que podemos concluir que la presencia de la hipertensión en el Corregimiento de Aguadulce Cabecera es mucho más alta que la del Distrito de Aguadulce. (Cuadro III). De 95 personas diagnosticadas hipertensas, el 63% son del sexo femenino y un 37% del sexo masculino. (Gráfica 3).

Gráfica 4. PORCENTAJE DE PERSONAS QUE PADECEN HIPERTENSIÓN POR SEXO DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

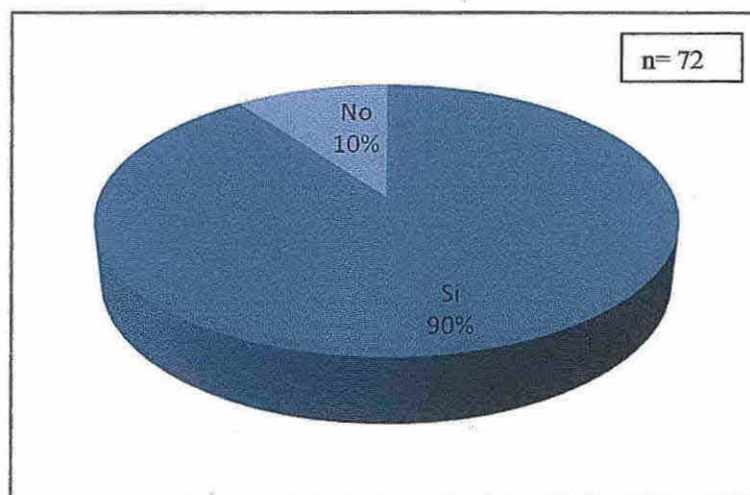
Gráfica 5. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD PADECEN HIPERTENSIÓN POR GRUPO DE EDAD ESPECÍFICO DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

El 30% de las personas que padece hipertensión pertenecen al rango de edad de 35 a 49 años, con un 17% entre el rango de edad entre 25 a 34 años, y un 4% entre las edades de 20 a 24 años, lo que demuestra que hay personas en edades tempranas y en edad productiva que ya han sido diagnosticados hipertensas.

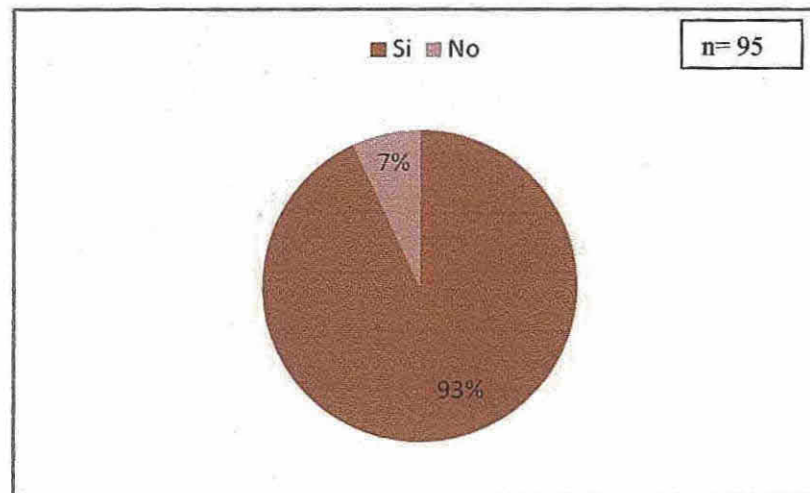
Gráfica 6. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD DIABÉTICAS QUE EN ESTOS MOMENTOS ESTÁ HACIENDO ALGÚN PROGRAMA O TRATAMIENTO INDICADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD PARA CONTROLAR SU DIABETES, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009.



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

Las personas diagnosticadas diabéticas en estos momentos está haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional de salud con un 90%, sin embargo hay un 10% de personas diagnosticadas diabéticas que no están siguiendo ningún programa o tratamiento.

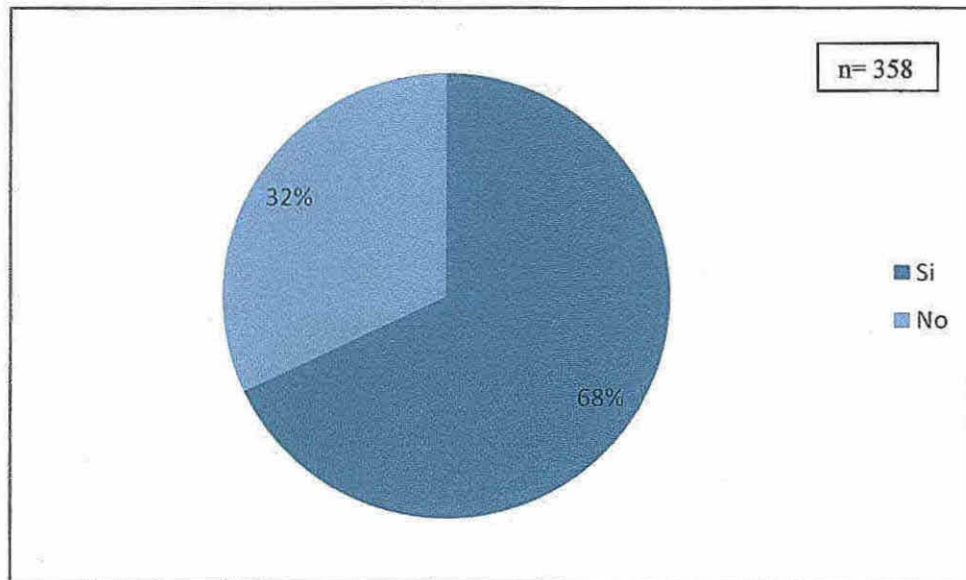
Gráfica 7. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD HIPERTENSAS QUE EN ESTOS MOMENTOS ESTA HACIENDO ALGÚN PROGRAMA O TRATAMIENTO INDICADO POR UN PROFESIONAL DE LA SALUD PARA CONTROLAR SU HIPERTENSIÓN, EN EL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009.



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles.

La mayoría de las personas diagnosticadas hipertensas en estos momentos están haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional de salud con un 93%, no obstante hay un 7% de personas diagnosticadas hipertensas que no están siguiendo ningún programa o tratamiento.

Gráfica 8. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE ACTUALMENTE CONSUMEN ALCOHOL, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

Los hábitos alcohólicos tuvieron una elevada frecuencia en la población estudiada con un 68%, y un 32% que no consumen, según los reportes de la OMS del 2002, el consumo de alcohol es uno de los factores de riesgo conductuales modificables en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles. Por lo que podemos concluir que existe en las personas encuestadas en el Corregimiento de Aguadulce el factor de riesgo del alcoholismo. Las acciones preventivas deberían centrarse en el control integrado de estos factores de riesgo importantes.

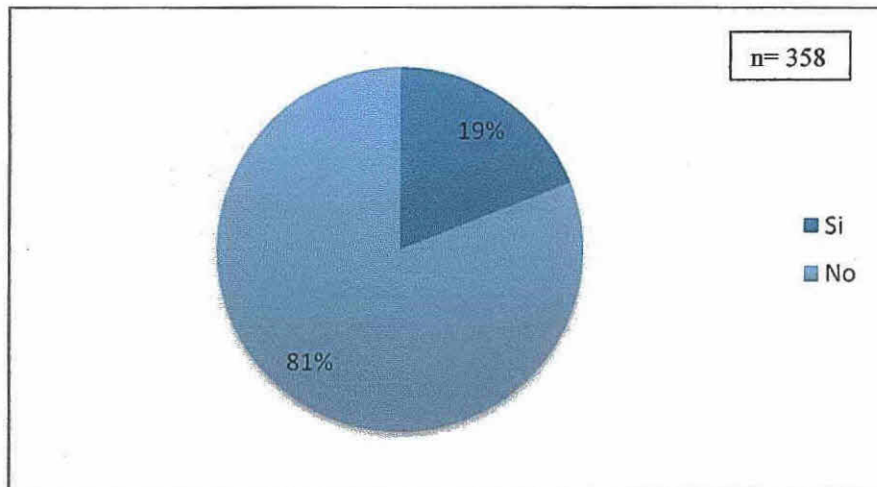
Cuadro IV EDAD DE INICIO EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSUMEN ALCOHOL DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009

Grupo de edad	Numero	Porcentaje
Total	221	100
menor de 18 anos	94	43
19 24	69	31
25 34	43	19
35-49	15	7

Fuente Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles año 2009

La edad de inicio de consumo de alcohol en el menor de 18 anos es de 43% seguido las edades de 19 a 24 anos con 31% lo que demuestra que el inicio de consumo de alcohol se da en edades tempranas por lo que es necesario aplicar medidas en estos rango de edad reforzando de esta manera la promocion y prevencion

Gráfica 9. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE HAN FUMADO POR LO MENOS 100 CIGARRILLOS EN TODA SU VIDA, CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009

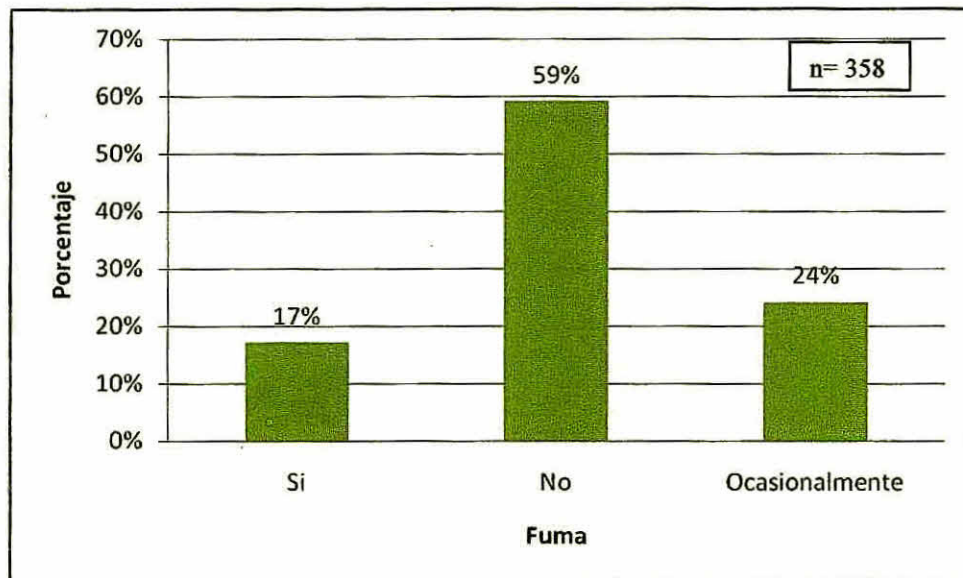


Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

El 81% de las personas encuestadas no han consumido por lo menos 100 cigarrillos, a diferencia de un 19% que si lo han consumido, según los reportes de la OMS del 2002, el consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo en el desarrollo de las enfermedades crónicas no transmisibles.

La prevención de las enfermedades crónicas se realiza a través de de la adopción de conductas, estilos de vida saludables, que permite que las personas eviten exponerse a los factores de riesgo.

Gráfica 10. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE ACTUALMENTE FUMAN CIGARRILLOS, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

El 59% de las personas encuestadas no fuman cigarrillos actualmente, un 24% refiere que lo fuma ocasionalmente y con un porcentaje del 17% que si fuma actualmente, lo que demuestra que una parte de la población que tiene el habito de fumar o que tiene el factor de riesgo. El tabaco es factor de riesgo en enfermedades respiratorias, cardiovasculares, distintos tipos de cáncer.

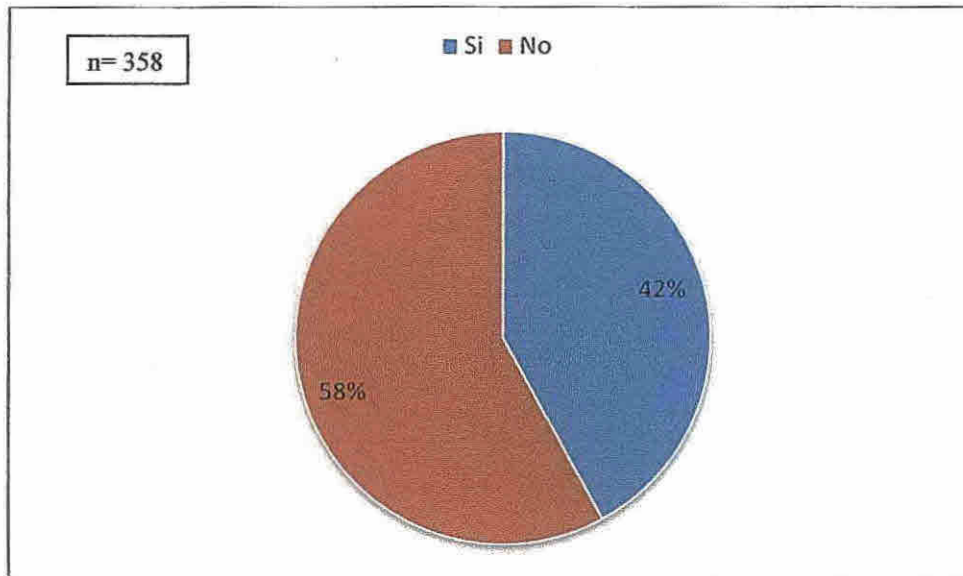
Cuadro V EDAD DE INICIO EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS QUE CONSUMEN TABACO DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009

Grupo de edad	Numero	Porcentaje
Total	78	100
menor de 18 años	33	42
19-24	19	24
25-34	16	21
35-49	8	10
50-60	2	3

Fuente Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles año 2009

La edad de inicio de consumo de tabaco se encuentra en el menor de 18 años con 42% seguido las edades de 19 a 24 años con 24% lo que demuestra que el inicio de consumo de tabaco se da en la adolescencia por lo que es necesario aplicar medidas en estos rango de edad al igual que la edad de inicio de consumo de alcohol

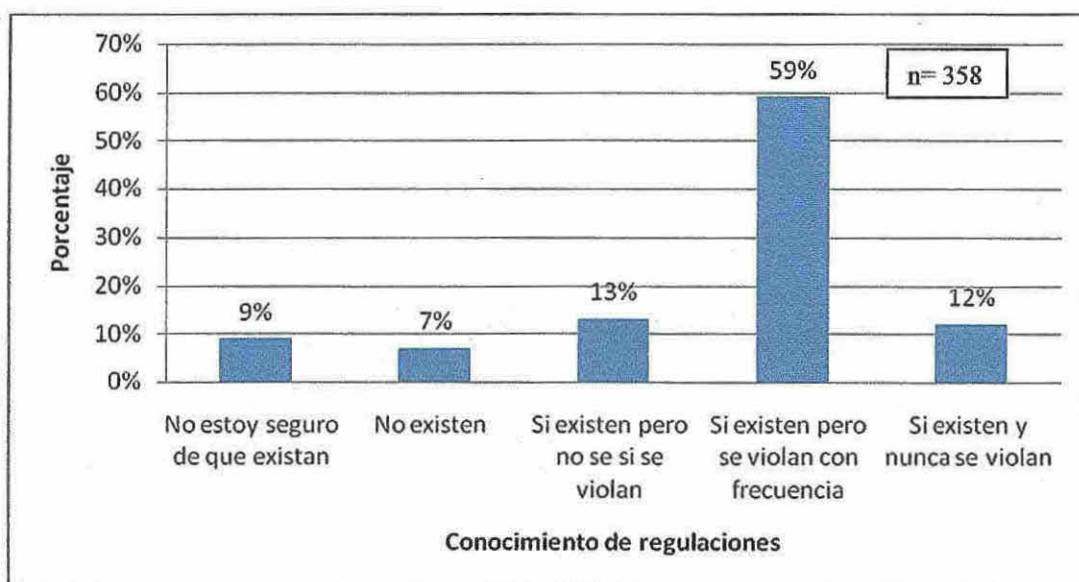
Gráfica 11. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES ALGUN PROFESIONAL DE LA SALUD LE ACONSEJADO SOBRE LOS EFECTOS DEL CIGARRILLO EN LA SALUD, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

Podemos observar en la grafica que un mayor porcentaje de personas con un 58% en los últimos 12 meses le han aconsejado sobre el habito de fumar, a diferencia de un 42% que no ha sido aconsejado, igual que en el estudio realizado en Colombia (febrero de 2005), sobre Factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, en donde un porcentaje importante de entrevistados (42.6%, IC 95%: 35.6 – 49.9) refirieron no haber recibido consejo por parte del personal de la salud en los últimos doce meses, sobre el hábito de fumar.

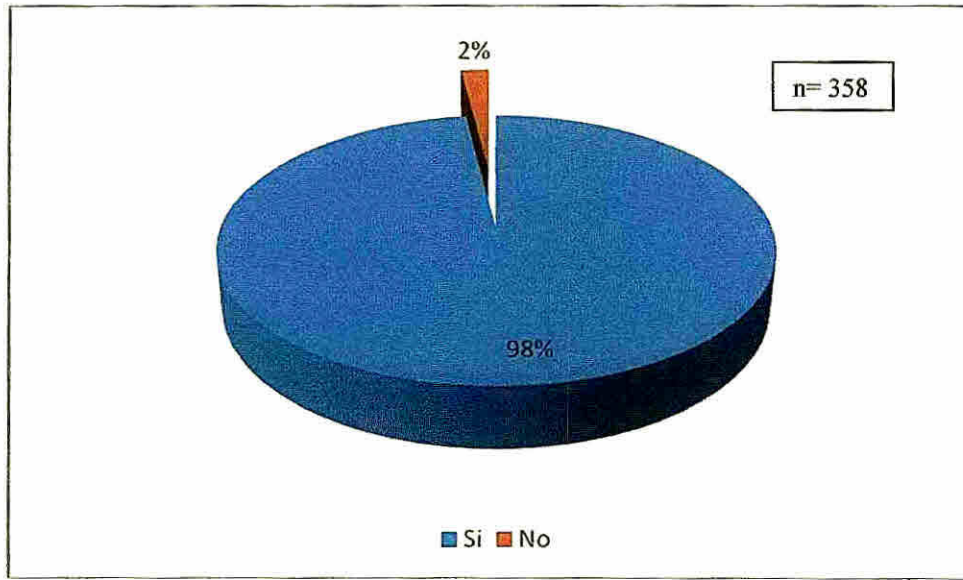
Gráfica 12. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONOCEN SI EXISTEN REGULACIONES PARA FUMAR EN LUGARES PÚBLICOS Y COMO SE CUMPLEN ESAS REGULACIONES, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009.



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

El 59% de las personas encuestadas conocen que si existen regulaciones para fumar en lugares públicos pero que se violan con frecuencia, seguido con un 13% que opinan que si existen pero no se si se violan y un 12% que opinan que si existen y nunca se violan, por lo que podemos concluir que la mayoría de las personas encuestadas conocen que existe regulaciones, pero debe hacerse más énfasis para que estas regulaciones no sean violadas.

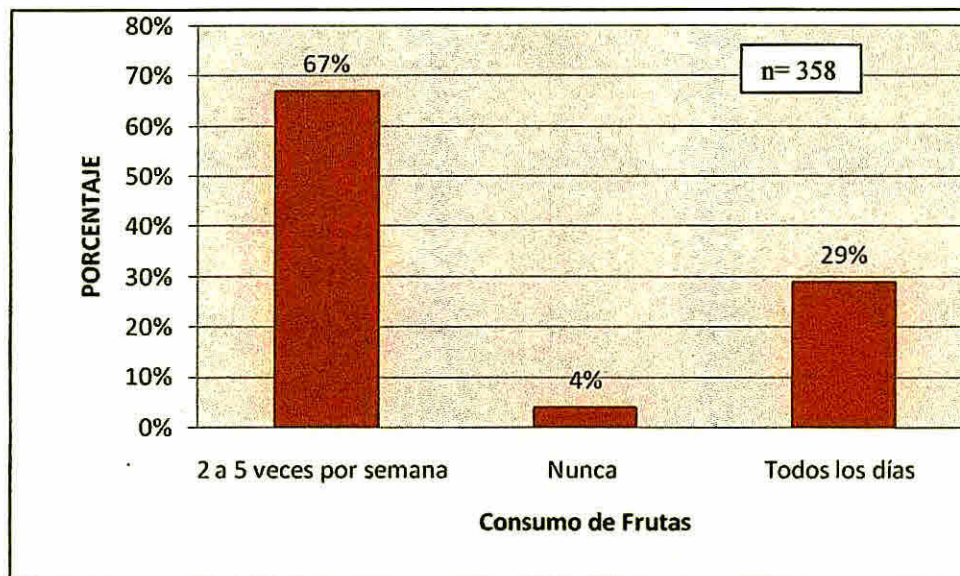
Gráfica 13. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE OPINAN QUE FUMAR PUEDE DAÑAR SU SALUD, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

El 98% de las personas encuestadas opinan que fumar puede dañar su salud, lo que demuestra que las personas están conscientes del daño que ocasiona fumar, esto se puede relacionar a la publicidad que se tiene en los medios de comunicación sobre el daño que ocasiona el mismo.

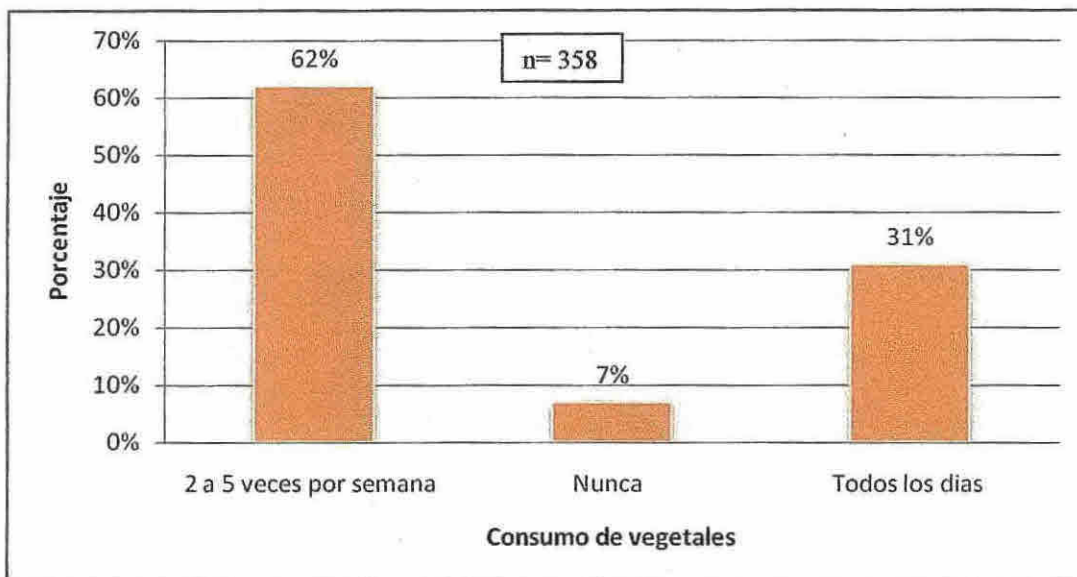
Gráfica 14. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMEN FRUTAS POR SEMANA, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

El 67% de las personas encuestadas consumen de 2 a 5 veces por semana frutas, un 29% todos los días. Lo que demuestra que existe el hábito de consumir frutas en la población encuestada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) coloca el escaso consumo de fruta y hortalizas en sexto lugar entre los 20 factores de riesgo a los que atribuye la mortalidad humana, inmediatamente después de otros más conocidos, como el tabaco y el colesterol.

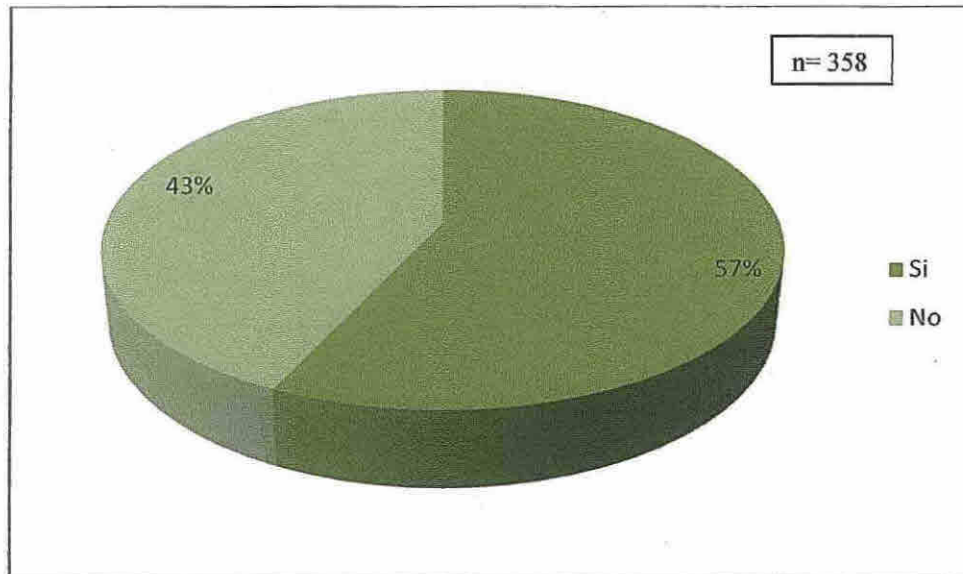
Gráfica 15. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE CONSUMEN VEGETALES POR SEMANA, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

El 62% de las personas encuestadas consumen de 2 a 5 veces por semana vegetales, un 31% todos los días y un 7% no consumen. Lo que demuestra que existe el hábito de consumir vegetales en la población encuestada. El consumo diario de productos vegetales, en cantidad suficiente y en una alimentación bien equilibrada, ayuda a evitar enfermedades graves, como las cardiopatías, los accidentes cardiovasculares, la diabetes y el cáncer, así como deficiencias de importantes micronutrientes y vitaminas.

Gráfica 16. POBLACIÓN DE 18 Y MÁS AÑOS DE EDAD QUE REALIZAN ACTIVIDAD FÍSICA, DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ, AÑO 2009



Fuente: Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009.

El 57% de las personas que participaron en el estudio realizan actividad física y un 43% que no realizan. Lo que nos demuestra que existe un porcentaje de la población inactiva que es más vulnerable a presentar enfermedades cardíacas.

El sedentarismo físico es la carencia de actividad física, lo que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas.

Cuadro VI RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE DIABETES Y LA PRESENCIA O NO DE ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009

		Diabetes	
		+	-
Antecedente Familiar de diabetes	+	51	64
	-	14	189
	TOTAL	65	253
		TOTAL	
		115	203
		318	

Nota Hay 40 respuestas No sabe.

Fuente Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles año 2009

Odds ratio = 10 76

Nivel de Confianza (5 35 <OR< 21 92)

Chi cuadrado de Yates corregido 61 03

P 0 00000

Segun los datos estadísticos obtenidos tenemos un Odds ratio de 10 76 con un nivel de confianza 5 35 a 21 92 por lo que se puede interpretar que tener antecedentes familiares con diabetes es 10 veces mayor un factor de riesgo para presentar la enfermedad en los no lo tienen

Con un Chi cuadrado de Yates corregido 61 03 y una P menor de 0 05 por lo que es estadísticamente significativo

Cuadro VII RELACION ENTRE EL ANTECEDENTE FAMILIAR DE HIPERTENSION Y LA PRESENCIA O NO DE LA ENFERMEDAD EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009

		Hipertension		
		+	-	TOTAL
Antecedente Familiar de hipertension	+	83	90	173
	-	11	137	148
TOTAL		94	227	321

Nota Hay 37 respuestas No sabe

Fuente Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009

Odds ratio = 11 49

Nivel de Confianza (5 57 <OR< 24 20)

Chi cuadrado de yates corregido 61 37

P 0 00000

Segun los datos estadísticos obtenidos tenemos un Odds ratio de 11 49 con un nivel de confianza 5 57 a 24 20 por lo que se puede interpretar que el factor de nesgo de tener antecedentes familiares con hipertension es 11 49 veces mas un factor de nesgo de la presentar la enfermedad en los no tienen antecedentes

Con un Chi cuadrado de yates corregido 61 37 y una P menor de 0 05 por lo que es estadísticamente significativo

Cuadro VIII RELACIÓN ENTRE EL FACTOR DE RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y LA PRESENCIA O NO DE HIPERTENSIÓN EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009

		Hipertensión		TOTAL
		+	-	
Consumo de Alcohol	+	61	162	223
	-	34	101	135
TOTAL		95	263	358

Fuente Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009

Odds ratio = 1.12

Nivel de Confianza (0.67 <OR< 1.88)

Chi cuadrado de Yates corregido 0.11

P 0.74

Según los datos estadísticos obtenidos tenemos un Odds ratio de 1.12 que se encuentra entre el nivel de confianza 0.67 a 1.88 por lo que se puede interpretar que el consumo de alcohol una vez más un factor de riesgo de la enfermedad en los expuestos que en los no expuestos

Con Chi cuadrado de Yates corregido 0.11 y una P de 0.74 mayor de 0.05 por lo que no es estadísticamente significativo

Cuadro IX RELACION ENTRE EL FACTOR DE RIESGO DE CONSUMO DE ALCOHOL Y LA PRESENCIA O NO DE DIABETES EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009

		Diabetes		
		+	-	TOTAL
Consumo de Alcohol	+	52	171	223
	-	20	115	135
TOTAL		72	286	358

Fuente Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles año 2009

Odds ratio = 1.75

Nivel de Confianza (0.96 <OR< 3.21)

Chi cuadrado de Yates corregido 3.27

P 0.07

Segun los datos estadísticos obtenidos tenemos un Odds ratio de 1.75 que se encuentra entre el nivel de confianza 0.96 a 3.21 por lo que se puede interpretar que el consumo de alcohol es una vez más un factor de riesgo de la enfermedad en los expuestos que en los no expuestos

Con un Chi cuadrado de Yates corregido 3.27 y una P de 0.07 mayor de 0.05 por lo que no es estadísticamente significativo

Cuadro X RELACIÓN ENTRE EL HÁBITO DE FUMAR Y LA PRESENCIA O NO DE DIABETES EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009

		Diabetes		
		+	-	TOTAL
Hábito de Fumar	+	5	17	22
	-	58	247	305
TOTAL		63	264	327

Nota Hay 31 respuestas que consumen ocasionalmente

Fuente Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles, año 2009

Odds ratio = 1.25

Nivel de Confianza (0.39 <OR< 3.81)

Chi cuadrado de Yates corregido 0.02

P 0.884

Según los datos estadísticos obtenidos tenemos un Odds ratio de 1.25 con un nivel de confianza de 0.39 a 3.81 por lo que se puede interpretar que el hábito de fumar es un factor de riesgo para presentar la enfermedad en los que fuman

Con un Chi cuadrado de Yates corregido 0.02 y una P de 0.884 mayor de 0.05 por lo que no es estadísticamente significativo

Cuadro XI RELACIÓN ENTRE EL HABITO DE FUMAR Y LA PRESENCIA O NO DE HIPERTENSIÓN EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009

		Hipertension		
		+	-	TOTAL
Habito de Fumar	+	7	15	22
	-	86	219	305
	TOTAL	93	234	327

Nota Hay 31 respuestas que consumen ocasionalmente

Fuente Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles año 2009

Odds ratio = 1.19

Nivel de Confianza (0.42 <OR< 3.24)

Chi cuadrado de Yates corregido 0.01

P 0.905

Segun los datos estadísticos obtenidos tenemos un Odds ratio de 1.19 con un nivel de confianza de 0.42 a 3.24 por lo que se puede interpretar que el hábito de fumar es un factor de riesgo para presentar la enfermedad en los que fuman

Con un Chi cuadrado de Yates corregido 0.01 y una P de 0.905 mayor de 0.05 por lo que no es estadísticamente significativo

Cuadro XII RELACIÓN ENTRE SEDENTARISMO Y LA PRESENCIA O NO DE DIABETES EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA, PROVINCIA DE COCLÉ AÑO 2009

		Diabetes		TOTAL
		+	-	
Sedentarismo	+	37	116	205
	-	35	170	153
TOTAL		72	286	358

Fuente Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles año 2009

Odds ratio = 1.55

Nivel de Confianza (0.89 <OR< 2.69)

Chi cuadrado de Yates corregido 2.33

P 0.127

Segun los datos estadísticos obtenidos tenemos un Odds ratio de 1.55 con un nivel de confianza de 0.89 a 2.69 por lo que se puede interpretar que el sedentarismo es un factor de riesgo de la enfermedad en los expuestos que en los no expuestos

Con un Chi cuadrado de Yates corregido 2.33 y una P 0.127 mayor de 0.05 por lo que no es estadísticamente significativo

Cuadro XIII RELACION ENTRE SEDENTARISMO Y LA PRESENCIA O NO DE HIPERTENSION EN LAS PERSONAS ENCUESTADAS DEL CORREGIMIENTO DE AGUADULCE CABECERA PROVINCIA DE COCLE AÑO 2009

		Hipertensión	
		+	TOTAL
Sedentarismo	+	41	205
		54	153
TOTAL		95	358

Fuente Encuesta aplicada para la Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles año 2009

Odds ratio = 1.02

Nivel de Confianza (0.62 <OR< 1.69)

Chi cuadrado de Yates corregido 0.00

P 0.98

Segun los datos estadísticos obtenidos tenemos un Odds ratio de 1.02 con un nivel de confianza de 0.62 a 1.69 por lo que se puede interpretar que el sedentarismo es un factor de riesgo de la enfermedad en los expuestos que en los no expuestos

Con un Chi cuadrado de Yates corregido 0.00 y una P 0.98 mayor de 0.05 por lo que no es estadísticamente significativo

CONCLUSIONES

Al finalizar el estudio puedo concluir que

- **De 358 personas encuestadas la media de edad fue de 40 años con una desviación estándar de 17.2 y la mediana de 38 años**
- **El 20% de los encuestados refirió que un profesional de la salud le ha diagnosticado diabetes o azúcar alta en la sangre**
- **De 72 personas diagnosticadas diabéticas el 60% son del sexo femenino**
- **La presencia de hipertensión en las personas encuestadas en el Corregimiento de Aguadulce es del 27%**
- **De 95 personas diagnosticadas hipertensas el 63% son del sexo femenino**
- **De 95 personas hipertensas el 30% de las personas que padece hipertensión pertenecen al rango de edad de 35 a 49 años con un 17% entre el rango de edad entre 25 a 34 años y un 4% entre las edades de 20 a 24 años lo que demuestra que hay personas jóvenes que ya han sido diagnosticados hipertensas**
- **Los hábitos alcohólicos tuvieron una elevada frecuencia en la población estudiada con un 68%**
- **La edad de inicio de consumo de alcohol en el menor de 18 años es de 43%**
- **El 59% de las personas encuestadas no fuman cigarrillos actualmente un 24% refiere que fuma ocasionalmente**

El 58% de las personas encuestadas en los últimos 12 meses algún profesional de salud le ha aconsejado sobre el hábito de fumar

El 59% de las personas encuestadas conocen que si existen regulaciones para fumar en lugares públicos pero que se violan con frecuencia

El 67% de las personas encuestadas consumen de 2 a 5 veces por semana frutas y con un menor porcentaje el 4% no consumen

- **El 62% de las personas encuestadas consumen de 2 a 5 veces por semana vegetales un 31% todos los días**
- **El 57% de las personas que participaron en el estudio realizan actividad física**
- **Tener antecedentes familiares con diabetes es 10 veces mayor un factor de riesgo con una P menor de 0.05 por lo que es estadísticamente significativo**
- **De tener antecedentes familiares con hipertensión es 11 veces mayor un factor de riesgo con una P menor de 0.05 por lo que es estadísticamente significativo**
- **El consumo de alcohol es un factor de riesgo de la diabetes y la hipertensión Con una P mayor de 0.05 por lo que no es estadísticamente significativo**
- **En el estudio no se encontró relación entre el hábito de fumar y la presencia de diabetes e hipertensión**
- **El sedentismo es un factor de riesgo en la diabetes y la hipertensión**

RECOMENDACIONES

- Realizar la prevencion de las enfermedades crónicas no transmisibles a traves de la adopción de conductas estilos de vida saludables que permite que las personas eviten exponerse a los factores de riesgo
- Capacitar al recurso humano sobre factores de riesgo de enfermedades cronicas no transmisibles
- Establecer un sistema de vigilancia de las enfermedades no transmisibles y factores de riesgo articulandose con otras fuentes de datos existentes como estadísticas vitales y datos de morbilidad
- Trabajar en conjunto con quienes diseñan y ejecutan acciones de promocion prevención y control de las enfermedades no transmisibles
- Brindarle a la poblacion informacion sobre factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles
- Concientizar a la poblacion para realizarse exámenes periodicos
- Reforzar los programas de salud llevados en las instalaciones de salud de primer nivel para identificar la poblacion en riesgo

BIBLIOGRAFIA

ABADAL L ET AL (2001) Factores de riesgo y morbimortalidad coronaria en una cohorte laboral mediterránea seguida durante 28 años Estudio MANRESA

Departamento de Cardiología Hospital de Sant Pau Barcelona

ALONSO L (2002) La epidemia de insuficiencia cardiaca Madrid España

CIFUENTES JORGE (2004) Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores de riesgo asociados, en la población de las zonas urbanas de los municipios de San

Benito Y Flores del departamento de Petén Guatemala Agosto 2004

GALASSETTI P PONTELLO A (2006) Dietary effects on oxidation of low density lipoprotein and atherogenesis Curr Atheroscler Madrid España

GUTIÉRREZ MENESES M F (2001) Aumento invernal de la mortalidad por infarto agudo del miocardio, riesgo relativo segun edad Sección de Cardiología

Hospital Salvador Departamento de Medicina Oriente Universidad de Chile Santiago

MINSA (2005) Análisis de la situación de salud Panama

MONZÓN JOSTEEN ANÍBAL (1999) Prevalencia de hipertension en hijos de pacientes hipertensos Universidad de San Carlos de Guatemala Guatemala

PANAMÁ. I Encuesta Nacional de Salud y Calidad de vida (ENCAVI) 2007

Resumen Ejecutivo de la Provincia de Coclé enero 2009

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2005) Informe Mundial de la OMS
Prevencion de las enfermedades cronicas una inversión vital Ginebra

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002) Informe sobre la salud en el
mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana Ginebra

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2002) La salud en las
Americas Volumen I Edicion de 2002 Washington D C

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004) Dieta, nutricion y prevencion
de enfermedades cronicas, Informe de una consulta mixta de expertos
OMS/FAO Ginebra

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD (2002) Herramienta para Vigilancia de ENTs
Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles Washington D C

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD ORGANIZACIÓN
MUNDIAL DE LA SALUD (2002) 26a Conferencia Sanitaria Panamericana La
respuesta de salud publica a las enfermedades cronicas Washington D C

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2007) Estrategia regional y
plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevencion y el control de las
enfermedades crónicas Washington D C

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2006) Iniciativa
Centroamericana de Diabetes (CAMDI) encuesta de diabetes, hipertensión y
factores de riesgo de enfermedades cronicas Villa Nueva Guatemala

OPS (2003) Indicadores Básicos de la situación de salud de las Americas

OPS (1997) La actividad de la OPS en el campo de las enfermedades no transmisibles Rev Panam Salud Publica/Pan AM J Public Health

OMS (2004) Manual STEPS

SÁNCHEZ RECALDE A Y KASKI J C (2001) Diabetes mellitus, inflamacion y aterosclerosis coronaria perspectiva actual y futura Revista Española de Cardiología Espana

Secretaria Departamental de Salud del Vichada (2005) Factores de riesgo de enfermedades cronicas no transmisibles, Departamento del Vichada Colombia febrero de 2005

INTERNET

[http //www com altavista](http://www.com.altavista) Hopkins Factores de riesgo cardiovasculares

[http //www yahoo com](http://www.yahoo.com) Medicina Preventiva Factores de Riesgo Cardiovascular

[http.//www google com](http://www.google.com) Factores de riesgo de enfermedades no transmisibles

[www Redaccion Salud Panama com](http://www.RedaccionSaludPanama.com)

ANEXOS

ANEXO N 1

UNIVERSIDAD DE PANAMA
CENTRO REGIONAL UNIVERSITARIO DE COCLE
FACULTAD DE MEDICINA
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA

CUESTIONARIO PARA LA VIGILANCIA DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

INSTRUCCIONES GENERALES Llene cada casilla con la respuesta dada por la persona entrevistada

Escriba con letra legible y letra tipo molde

Seccion 1 DATOS GENERALES

1 1 Corregimiento _____

1 2 Localidad _____

1 3 Edad Años

1 4 Sexo Masculino Femenino

1 5 Firmo el consentimiento Si No

Si la respuesta anterior es No finalizar la entrevista

Seccion 2 ANTECEDENTES FAMILIARES

Indague sobre el antecedente familiar de las enfermedades mencionadas

Enfermedad	NO	SI	No sabe
a Diabetes o azucar alta en la sangre			
b Presión alta			
c Cancer o tumor maligno			
d Ataque o infarto al corazon			

Sección 3 CONSUMO DE ALCOHOL

3.1 Ha consumido alcohol alguna vez

Sí ☐ No ☐

3.2 A qué edad inicio el consumo de alcohol

Edad _____ Años

3.3 ¿Bebe usted actualmente?

Sí ☐ No ☐

3.4 ¿Con qué frecuencia consume alcohol? _____

Sección 4 CONSUMO DE TABACO

4.1 ¿Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?

Sí ☐ No ☐

4.2 ¿Actualmente fuma Ud cigarrillos?

Sí (uno o más cigarrillos diariamente) ☐

No (he dejado de fumar) ☐

Ocasionalmente (menos de un cigarrillo por día) ☐

4.3 ¿Qué edad tenía cuando comenzó a fumar cigarrillos?

Edad en años _____

4.4 ¿En los últimos 12 meses algún profesional de la salud le ha preguntado si Ud fuma?

Sí ☐ No ☐

4.5 ¿En los últimos 12 meses algún profesional de la salud le ha aconsejado que deje de fumar?

Sí siempre me aconseja ☐ No ☐

4.6 ¿Conoce Ud si existen regulaciones (prohibiciones áreas señaladas etc) para fumar en lugares públicos tales como la oficina la escuela otros sitios de trabajo el transporte público los centros de salud restaurantes y cómo se cumplen esas regulaciones?

Si existen y nunca se violan ☐

Si existen pero se violan con frecuencia ☐

Sí existen pero no se si se violan ☐ No existen ☐ No estoy seguro de que existan ☐

4.7 ¿Cree Ud. que fumar puede dañar su salud?

Sí ☐ No ☐

4.8 ¿Cree Ud. que fumar en sitios cerrados o próximo a otras personas puede dañar la salud de los que están a su alrededor?

Sí ☐ No ☐

Sección 5 DIABETES

5.1 Le ha dicho algún médico, una enfermera u otro profesional de salud que padece de Diabetes o de azúcar alta en la sangre?

Sí ☐ No ☐

5.2 Alguna vez le han hecho un examen de glucosa o azúcar en la sangre?

Sí ☐ No ☐

5.3 ¿En estos momentos está haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional de la salud para controlar su diabetes?

Sí ☐ No ☐

5.4 ¿Que tipo de tratamiento está llevando?

Medicamentos ☐ Tratamiento sin medicamentos (dieta, ejercicios, peso) ☐ Ninguno ☐

Sección 6 HIPERTENSIÓN ARTERIAL

6.1 Le ha dicho algún médico, enfermera u otro profesional que padece de hipertensión?

Sí ☐ No ☐

6.2 ¿En estos momentos está haciendo algún programa o tratamiento indicado por un profesional de la salud para controlar su Hipertensión?

Sí ☐ No ☐

6.3 ¿Que tipo de tratamiento está llevando?

Medicamentos ☐ Tratamiento sin medicamentos (dieta ejercicios peso) ☐ Ninguno ☐

Sección 7 FRUTAS Y VEGETALES

7.1 ¿Cuántas veces come frutas por semana?

Nunca ☐ 2 a 5 veces por semana ☐ Todos los días ☐

7.2 ¿Cuantas veces come vegetales por semana?

Nunca ☐ 2 a 5 veces por semana ☐ Todos los días ☐

Sección 8 ACTIVIDAD FÍSICA

8.1 ¿Realiza actividad física?

Si ☐ No ☐

8.2 ¿Que tipo de actividad? _____

8.3 ¿Qué tiempo? _____

ANEXO N° 2

Relación entre factores de riesgo y principales enfermedades crónicas no transmisibles

Factor de Riesgo	Condición			
	Enfermedad cardiovascular	Diabetes	Cáncer	EPOC
Tabaco	X	X	X	X
Alcohol			X	
Nutrición	X	X	X	X
Inactividad física	X	X	X	X
Obesidad	X	X	X	X
Presión arterial alta	X	X		
Glucemia elevada	X	X	X	
Colesterol elevado	X	X	X	

Fuente: World Health Organization. WHO Global NCD Risk Factor Surveillance Strategy